



3 1761 11971880 7





Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119718807>

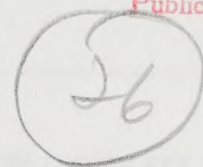












Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

## SENATE OF CANADA

## SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Social Affairs, Science and Technology

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, October 8, 2003  
Thursday, October 9, 2003

Le mercredi 8 octobre 2003  
Le jeudi 9 octobre 2003

Issue No. 23

Fascicule n° 23

**Sixth and seventh meetings on:**  
Public health emergencies arising from infectious disease

**Sixième et septième réunions concernant:**  
Problèmes de santé publique liés aux maladies infectieuses

**WITNESSES:**  
(See back cover)

**TÉMOINS:**  
(Voir à l'endos)





THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck	Léger
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Cook substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*October 3, 2003*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Cook est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 3 octobre 2003*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA Wednesday, October 8, 2003  
(34)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 6:00 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cordy, Keon, Kirby, LeBreton and Morin (5).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the committee continued its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**WITNESS:**

*From the University of Toronto:*

Dr. John Frank, Professor, Department of Public Health Science, Faculty of Medicine.

At 6:00 p.m., the meeting was called to order and the committee continued an informal discussion with John Frank in public session. Following the completion of his presentation, John Frank answered questions.

At 6:34 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

---

OTTAWA Thursday October 9, 2003  
(35)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:00 a.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche (10).

*Other senator present:* The Honourable Senator Trenholme Counsell (1).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 8 octobre 2003  
(34)

[Français]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 18 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cordy, Keon, Kirby, LeBreton et Morin (5).

*Également présents:* Odette Madore et Howard Chodos, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité poursuit l'étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que de la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies de maladies infectieuses.

**TÉMOIN:**

*De l'Université de Toronto:*

Le Dr John Frank, professeur, Département des sciences de santé publique, Faculté de médecine.

La séance est ouverte à 18 heures et le comité poursuit une discussion informelle avec John Frank, en séance publique. Après la fin de son exposé, John Frank répond aux questions.

À 18 h 34, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

---

OTTAWA, le jeudi 9 octobre 2003  
(35)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin et Roche (10).

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Trenholme Counsell (1).

*Également présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.



Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the committee continued its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**WITNESS:**

*From the University of Toronto:*

Dr. David Naylor, Dean, Faculty of Medicine.

David Naylor made a presentation and answered questions.

At 1:13 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité poursuit l'étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que de la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies de maladies infectieuses.

**TÉMOIN:**

*De l'Université de Toronto:*

Le Dr David Naylor, doyen, Faculté de médecine.

David Naylor présente un exposé et répond aux questions.

À 13 h 13, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 8, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 6:00 p.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

[*Editor's Note: The following evidence is a continuation of an informal meeting held prior to the commencement of the public meeting.*]

**Dr. John Frank, Professor, Department of Public Health Science, Faculty of Medicine, University of Toronto:** Senators, you tell me how it would be acceptable, then, for our so-called national system of public health to rely almost entirely, until now, on provincial, territorial and, in Ontario 50 per cent, local municipal tax bases. How could that be right? How could that extremely inegalitarian way of funding public health be expected to leave us with anything but a poor quality of public health services in much of Canada that is remote, northern or poor?

What kind of society would let that happen? Well, it is not deliberate; we were simply not minding the store. We did not think to put public health in the Canada Health Act and so it is not included. Essential public health services are not defined and are not included. I do not need to talk in great detail about the next set of text slides before you because, to be honest, these subjects have been well covered, as of yesterday, by the Naylor report, "Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada." Rather, my job is to tell you that, after reading the report carefully, I cannot disagree with one line. Dr. Naylor has explained the situation incredibly accurately. The diagnosis is right, the prescription looks pretty good to me, but the prognosis for the patient — our system — is guarded.

I welcome your questions, senators.

**The Chairman:** In respect of your comment on Dr. Naylor's report, where do we begin? One of the difficulties with a prescription that has as many pieces as Dr. Naylor's has, and if we are to begin renewal, is figuring out what the first steps are to be. There is a universal view that something needs to be done quickly, but it is equally true that you cannot do everything quickly. From your perspective, what should we do in 2004?

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 8 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 18 heures pour son étude sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

[*Note de la rédaction: Les présents témoignages font suite à une réunion officieuse tenue avant que ne commence la réunion publique.*]

**Le Dr John Frank, professeur, Département des sciences de la santé publique, Faculté de médecine, Université de Toronto:** Sénateurs, dites-moi donc en quoi il serait acceptable, à ce moment-là, que notre système prétendument national de santé publique ait eu à compter presque entièrement, jusqu'à maintenant, sur l'assiette fiscale des provinces, des territoires et des localités — cela vaut pour 50 p. 100 de l'ensemble, en Ontario. Comment cela se peut-il? Comment peut-on s'attendre à ce que cette façon extraordinairement inégalitaire de financer la santé publique donne autre chose que des services de piètre qualité dans une bonne partie du Canada — dans la mesure où le lieu est éloigné des grands centres, situés dans le Nord ou encore marqués par la pauvreté?

Quelle sorte de société permettrait cela? Eh bien, il n'y a là rien de délibéré; c'est simplement que nous n'avons pas veillé au grain. Nous n'avons pas pensé d'inclure la santé publique dans la Loi canadienne sur la santé; elle n'y figure donc pas. Les services de santé publique essentiels ne sont pas définis — ils ne sont pas inclus. Nul besoin de m'étendre sur la prochaine série de transparents: pour être franc, ce sont des sujets qui ont déjà eu droit à beaucoup d'attention, comme cela a été le cas hier, dans le rapport Naylor — «Leçons de la crise du SRAS: Renouvellement de la santé publique au Canada.» Mon travail consiste plutôt à vous dire que, ayant lu le rapport avec soin, je ne saurais être en désaccord avec une seule phrase. Le Dr Naylor a expliqué la situation avec un degré d'exactitude incroyable. Le diagnostic est juste, la prescription me semble bonne, mais le pronostic — c'est notre système qui est le patient — demeure réservé.

Je vous invite à poser vos questions, sénateurs.

**Le président:** Au sujet de l'observation que vous avez faite au sujet du rapport du Dr Naylor: par où commencer? Une des difficultés que présente une prescription qui comporte tant d'aspects, comme celle du Dr Naylor, et étant donné qu'il faut commencer à renouveler le système de santé, c'est de savoir ce qu'il faut faire en premier. Il est généralement admis qu'il faut faire quelque chose rapidement, mais, tout autant, il est dit qu'on ne peut pas tout faire rapidement. À votre avis, qu'est-ce qu'il faudrait faire en 2004?



**Dr. Frank:** You need to divide your actions into those things that we cannot actually go through the winter without. That means that we need to rapidly increase the capacity of the influenza surveillance system and response system, which has, as you know, been adapted to deal with SARS, about which we have learned a great deal, and we need to rapidly ensure that measures are in place for whatever comes at us in the next three or four months from Asia, because that is where these things originate. That will not be definitive. The definitive action is in the series of recommendations in the Naylor report. The key to his brilliant analysis and the committee's analysis is that you cannot get those jobs done, such as defining the core functions of public health and, therefore, what the performance measures will be and what the human resource and other implications will be, unless you have an agency of people whose job it is to do that assessment and planning work.

The agency is a *sine qua non*. I think Dr. Naylor got that right. In turn, you cannot have the agency without some enabling legislation, I would assume, although I am not a legal expert. I assume that will take us some time to put in place. I would guess that "months" would be a short estimate. How can you get the work done unless you have the enabling legislation? How can you achieve arm's-length, have scientific quality and attract good people to work in the system when they work inside a ministry that is not regarded by people who have academic credentials in research as an independent line of work for professionals?

**The Chairman:** To pursue that for a moment, there is a way to start the agency and to have the legislation catch up later — by Order in Council. The legislation could be enabled at a later date. I understand your comment on what needs to be done to get us through the winter. Let us suppose we do that by Order in Council before January 2004. What are the priority items that you would want the agency to do after that?

**Dr. Frank:** The last two slides before you show the set of tasks. If you do not decide on the core functions of public health that need to be executed in every community by public health across Canada, then how can you proceed? You cannot set standards or look for the evidence base for effective interventions and, therefore, you cannot decide on the kind of programs you will fund with federal grant money.

Assuming that we are able to skip point 2 because the legislative work is proceeding, you can determine, for each kind of program, the performance outcomes, and the evaluation measures for local public health services in terms of their through-put, their impact, their costs and their quality of service. If it is restaurant inspection, that should be pretty straightforward because it is a concrete activity. Ontario has done this, although you would probably want to review the evidence base for each of its mandatory programs because they did not have a great deal of

**Le Dr Frank:** Il vous faut diviser vos tâches de manière à faire ressortir celles sans quoi on ne saurait passer l'hiver. Cela veut dire que nous devons accroître rapidement la capacité du système de surveillance et de réaction se rapportant à la grippe, qui, comme vous le savez, a été adapté en fonction du SRAS, à propos duquel nous en avons beaucoup appris, et nous devons agir rapidement pour nous assurer d'avoir en place les mesures nécessaires pour contrer les souches de virus asiatique, car c'est de là que viennent ces choses, qui se manifesteront ici dans trois ou quatre mois. Ce ne sera pas là la fin de l'histoire. Pour bien faire, il faut adopter la série de recommandations formulées dans le rapport Naylor. L'élément clé de l'analyse brillante qu'il effectue et de votre analyse à vous au comité, c'est que, pour mettre à exécution les tâches en question, par exemple définir les fonctions essentielles de la santé publique et, par conséquent, les mesures de rendement qui seront utilisées et les ressources humaines et autres conséquences, il faut absolument une agence dont la responsabilité du personnel est le travail de planification et d'évaluation que cela suppose.

L'agence de santé publique est la condition *sine qua non* de tout l'édifice. Je crois que le Dr Naylor a vu juste. Par contre, pour qu'il y ait une agence, il faut qu'il y ait une loi habilitante, je présume, mais je ne suis pas juriste. Je présume qu'il nous faudra un certain temps pour mettre cela en place. J'imagine, en étant optimiste, que cela se chiffrerait en «mois». Comment procéder en l'absence d'une loi habilitante? Comment en arriver à une agence indépendante qui pratique une science de qualité et attire les bons éléments, quand cela se trouve à l'intérieur d'un ministère que les gens ayant la compétence attestée en recherche ne le voient pas comme un lieu où les professionnels peuvent exercer leur métier en toute indépendance?

**Le président:** Discutons de cela pour un instant encore — il existe une façon de mettre l'agence sur pied en attendant que la loi soit créée — par décret. La loi habilitante pourrait être adoptée plus tard. Je comprends ce que vous dites quand vous dites qu'il faut accomplir certaines tâches pour passer l'hiver. Présumons que nous agissons par décret avant le mois de janvier 2004. Quels sont les points que vous voudriez que l'agence considère comme prioritaires, par la suite?

**Le Dr Frank:** Les deux derniers transparents exposent la série de tâches en question. Si vous ne décidez pas des éléments fondamentaux qu'il faut mettre en place dans toutes les collectivités du Canada, alors comment procéder? On ne saurait établir des normes ou asseoir les interventions sur des données probantes pour qu'elles soient efficaces, de sorte qu'on ne saurait déterminer le genre de programme qu'il faut financer avec les subventions fédérales.

Présumez que nous pouvons sauter le point 2 du fait que le travail législatif est en marche. On peut déterminer, pour chaque type de programme, les résultats escomptés et les mesures d'évaluation applicables aux services locaux de santé publique — la production, l'impact, les coûts et la qualité du service. Quand il s'agit d'inspecter un restaurant, la tâche est relativement simple, car il s'agit d'une activité concrète. L'Ontario a accompli ce travail, mais vous allez probablement vouloir examiner les données recueillies en rapport avec chacun de ses programmes



scientific, high-level input when they created them with committees of practitioners. All of this will require a mixture of professional work groups, research input, many NGOs, including professional organizations such as those you heard from this afternoon. It is a task that could take one year to do a good job of it.

Luckily, others around the world have amassed the 10,000 to 20,000 scientific papers of reasonable quality that justify most public health core programs. The Americans are spending millions of dollars on it; there is no reason for us to reinvent the wheel.

That takes us to the last bullet on the second last slide: "Earmarked budget allocations and grants system for public health." I side with the Naylor group in concluding that local, provincial and territorial governments are best induced to provide evidence-based programs with money and that the money is to be contingent upon having the program meet evidence-based criteria for content and evaluation. That is why the working groups who set up the core programs must also include the evaluation criteria; otherwise, you cannot write the terms and conditions of the grants.

The new agency is the granting body. You set something up that is not so onerous that poor public health professionals in some rural unit cannot obtain the grant money. You do not want it set up such that the grants are as difficult to obtain as CIHR grants, for example. This is a different kind of grant. However, you do ensure that people get feedback when they do not propose to use evidence-based programming. You do not want them rounding up the fat kids when that is not the way to make an impact on that public health problem. You can also hope that they have had sound advice from local public health professionals or community groups that want to work on the problem and that they are working on it with local public health professionals.

At the top of the next slide, "Workforce planning and development," I state that it must start in parallel. I will not be as polite as the last group. We have dismally failed 90 per cent of the public health workforce — the nurses — in Canada. They did not receive a minimal master's in public health, MPH, level of training. My guesstimate, from being in the field and training people for 20 years in Canada, mostly at the University of Toronto where I ran the largest master's-level program in public health in Canada during the 1980s, is that I would be surprised if 10 per cent of the alleged 12,000 public health nurses in Canada have appropriate public health training in basics at the master's level. Some of them have a master's degree, but not appropriate to public health. They have had to obtain that degree because they

obligatoires, car les responsables du projet ne bénéficiaient pas d'un grand apport scientifique de haut niveau, au moment de créer les programmes de concert avec les comités de praticiens. Pour tout cela, il faut un mélange de groupes de travail professionnels, de données tirées des recherches, de nombreuses ONG, y compris des organismes professionnels comme ceux dont vous écoutez le témoignage cet après-midi. C'est une tâche qui, pour être bien menée, prendrait un an.

Heureusement, les autres instances dans le monde ont accumulé les 10 000 à 20 000 études scientifiques de qualité raisonnable qu'il faut pour justifier la plupart des programmes fondamentaux de santé publique. Les Américains y consacrent des millions de dollars; nous n'avons aucune raison de réinventer la roue.

Voilà qui nous amène au dernier point de l'avant-dernier transparent: «Crédits budgétaires réservés à la santé publique et système de subventions». Je suis d'accord avec le groupe du Dr Naylor quand il dit que c'est l'argent qui incite le mieux les administrations locales, provinciales et territoriales à fournir des programmes fondés sur des données scientifiques établies et que l'attribution de l'argent en question doit être conditionnelle au respect de critères de contenu et d'évaluation fondés sur des données scientifiques établies. C'est pourquoi les groupes de travail qui établissent les programmes de base doivent aussi inclure les critères d'évaluation, sinon, on ne saurait déterminer les conditions applicables aux subventions.

La nouvelle agence est l'organisme subventionnaire. Il faut concevoir une formule qui n'est pas à ce point astreignante que les pauvres professionnels de la santé publique dans quelques unités rurales n'arriveront pas à obtenir la subvention. Il ne faut pas, par exemple, faire en sorte que l'accès aux subventions soit aussi difficile que dans le cas des subventions des IRSC. C'est une autre sorte de subvention. Tout de même, il faut s'assurer de renvoyer des échos aux gens quand ils ne proposent pas des programmes fondés sur des données scientifiques. Il ne faudrait pas que les autorités se mettent à inscrire les enfants obèses, de force, à un programme. Ce n'est pas de cette façon qu'il faut s'attaquer à un problème de santé publique. On peut espérer aussi que les autorités ont droit à des conseils judicieux de la part des professionnels locaux de la santé publique ou des groupes communautaires qui veulent travailler à régler le problème et qu'ils y travaillent effectivement avec les professionnels locaux de la santé publique.

Pour le point qui se trouve au haut du transparent suivant — «Planification et perfectionnement de la main-d'œuvre», j'ai dit que cela doit être entamé parallèlement. Je ne serai pas aussi poli que le dernier groupe. Nous avons manqué lamentablement à notre engagement envers 90 p. 100 des professionnels de la santé publique au Canada — les infirmières. Elles n'ont pas eu droit à une formation minimale en la matière — la maîtrise en santé publique. Au pif, pour avoir évolué sur le terrain et formé des gens depuis 20 ans au Canada, principalement à l'Université de Toronto, où, durant les années 80, j'ai dirigé le plus important programme de maîtrise en santé publique au Canada, je dirais que cela m'étonnerait de savoir que 10 p. 100 des 12 000 infirmières dites «de la santé publique» au Canada ont reçu la formation de



were barred from entry because they did not have the right undergraduate degrees. We have all been complicit in this process. We have to ramp up and provide rapid training programs, for which there are good ideas in the Naylor report. You could induce the universities to do this by that wonderful same inducer that we just described for the provinces and territories — that is, money, which is the only thing that will induce universities to do anything, in my experience. That is crucial. Some challenges are outlined well in the Naylor report in respect of physicians, nutritionists and physical education specialists as well. They are all crucial.

Those are the elements that I wanted to emphasize as the first steps.

**The Chairman:** That is terrific. I cannot resist reminding all of us that the persuader, the inducer — money — was exactly how medicare began. The provinces were offered 50-cent dollars by the federal government, and they could not say no. As some of you will recall, Nova Scotia and Ontario did not buy in during that first year because they were annoyed and did not think they could afford it, although the political pressure from constituents to take the 50-cent bribe was very high.

**Senator Morin:** I compliment Dr. Frank on his paper in “The Canadian Journal of Public Health,” in which he congratulates the authors and Senator Kirby. This committee’s work has been noted in a scientific paper and we are hopeful that it will not be lost in the debate.

I am not surprised that Dr. Frank finds this report so remarkable, because he is talking about his boss, Dr. Naylor. We will be certain to tell him that when we see him tomorrow.

For the purpose of those writing the report, could you expand on the influence of the preparedness consortium? I understand this will be the first step for the coming winter. If we decide to include this in our report, we will need the appropriate terms for our wording.

**Dr. Frank:** I should be pretty modest and say that I no longer work in infectious disease epidemiology; I am not part of the control apparatus. I run the national funding Institute in Population and Public Health Research, so I will not be able to give you everything you require for your report.

**Senator Morin:** Could you provide us with the exact name?

**Dr. Frank:** This is not my field and our organization is not involved in that. I am the wrong person to ask, to be honest with you.

base appropriée en santé publique au niveau de la maîtrise. Quelques-unes ont bien un diplôme de maîtrise, mais pas en santé publique. Si elles ont obtenu ce diplôme, c’est que l’accès leur était interdit: elles n’avaient pas fait les bonnes études. Nous avons tous été complices de cela. Nous devons accélérer les choses et prévoir des programmes de formation rapide, au sujet desquels le rapport Naylor propose de bonnes idées. Pour inciter les universités à agir, vous pourriez employer le merveilleux instrument dont il était question plus tôt dans le cas des provinces et des territoires — c’est-à-dire, de l’argent, la seule force qui pousse les universités à faire quoi que ce soit, selon mon expérience. C’est là un élément capital. Certains défis sont bien esquissés dans le rapport Naylor en ce qui concerne les médecins, les nutritionnistes et les spécialistes de l’éducation physique aussi. Tout cela est capital.

Ce sont là les éléments que je voulais souligner comme étant les premières mesures à prendre.

**Le président:** C’est merveilleux. Je ne peux m’empêcher de rappeler à tous que cette grande force de persuasion — l’argent — est à l’origine, tout à fait, de l’assurance-maladie. Le gouvernement fédéral a offert aux provinces des dollars soldés de moitié, et les provinces n’ont pu refuser. Certains d’entre vous s’en souviendront, la Nouvelle-Écosse et l’Ontario n’ont pas embarqué la première année, car le procédé les irritait et qu’elles ne croyaient pas avoir les moyens de se payer cela, quoique les commettants ont exercé des pressions politiques notables pour que les élus acceptent le pot-de-vin du dollar soldé à 50 cents.

**Le sénateur Morin:** Je félicite le Dr Frank de l’article qu’il a publié dans «La revue canadienne de santé publique», où il félicite les auteurs et le sénateur Kirby. Les travaux de notre comité ont été remarqués dans une communication scientifique, et nous espérons que le débat ne nous le fera pas oublier.

Je ne suis pas étonné savoir que le Dr Frank juge le rapport remarquable, car il parle de son patron, le Dr Naylor. Nous allons nous assurer de lui dire quand nous le verrons demain.

Pour ceux qui ont rédigé le rapport, pourriez-vous donner des précisions sur l’influence du groupe de travail sur la préparation? Je crois savoir que ce sera là la première mesure à être adoptée en vue de l’hiver. Si nous décidons d’inclure cela dans notre rapport, il nous faudra connaître les termes appropriés pour pouvoir le formuler.

**Le Dr Frank:** Je devrais faire preuve de modestie et dire que je ne travaille plus dans le domaine de l’épidémiologie appliquée aux maladies infectieuses; je ne fais pas partie de l’appareil de contrôle. Je suis à la tête de l’établissement de financement qui s’appelle Institut de la santé publique et des populations, de sorte que je ne pourrai vous donner tous les éléments d’information dont vous avez besoin dans votre rapport.

**Le sénateur Morin:** Pourriez-vous nous donner le nom exact?

**Le Dr Frank:** Ce n’est pas mon domaine, et notre organisation n’a pas affaire à cela. Pour être franc, je dois vous dire que vous ne posez pas la question à la bonne personne.



**Senator Morin:** You recommend that we should, in the short term, ensure that this exists and is expanded for any problems that may occur this coming winter. Is that your point?

**Dr. Frank:** Yes. I would suggest that you search out the five or 10 scientists in Canada who are actually experts in surveillance system design and evaluation.

**Senator Morin:** I understand that this pandemic influenza organization already exists in Canada.

**Dr. Frank:** Yes. I think you need to be aware that systems of influenza and other disease surveillance have strengths and weaknesses. You need a mixture of systems because some are slow but valid, and others are less valid but fast. If you do not have a creative mix of surveillance, then you will not have early warnings, which are not very reliable, and later warnings, which are very reliable. You need both early and late warnings.

**Senator Morin:** My second question deals with research. I know that you are head of the IPPH at the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. I note in the Naylor report that there is not adequate basic, fundamental research at Health Canada. How do you see this in parallel with CIHR? The same people, more or less, are involved and funded by the agency and by CIHR for the same research. How do you interpret this? You may be critical of Dr. Naylor.

**Dr. Frank:** I do not think the Naylor report details a way to foster increased capacity for high-quality research in public health. There are a number of hurdles. One is that you cannot do this by simply giving out grants to university and hospital-institute-based researchers, which is, after all, what CIHR does. CIHR's hands are tied. It cannot, for example, give grants directly to Health Canada scientists. It does so when they have a separate university appointment and are part of a team, but there are many constraints. You need to accept that the capacity in Canada's universities — the hospital institutes, of course, are almost irrelevant to this — to do applied public health research has deteriorated steadily. It was never strong in Canada, but it is minimal now.

We have no schools of public health, so the majority of people are doing academic work in departments within medical schools across the country, such as the Department of Public Health Sciences at the University of Toronto. They are not working collaboratively with public health units. There is no money and no staff for that in public health units. In the 1980s, I was involved in many projects with the public health unit in Toronto to investigate outbreaks and write them up. All those things have disappeared, along with the decline of the teaching health unit —

**Le sénateur Morin:** Vous recommandez que, à court terme, nous nous assurions d'avoir cela en place et d'y donner de l'ampleur en rapport avec tout problème qui pourrait se présenter durant l'hiver. C'est bien cela?

**Le Dr Frank:** Oui. Je vous suggérerais d'aller chercher les cinq ou dix scientifiques canadiens qui, de fait, sont des experts de l'évaluation et de la conception des systèmes de surveillance.

**Le sénateur Morin:** Je crois savoir que cette organisation chargée des pandémies de grippe existe déjà au Canada.

**Le Dr Frank:** Oui. Je crois que vous devez savoir que les systèmes de surveillance de la grippe et d'autres maladies comportent des points forts et des points faibles. Il faut un mélange de systèmes, car certains sont lents, mais valables, alors que d'autres sont moins valables, mais rapides. Si vous ne dosez pas sagement les éléments de surveillance, vous n'aurez pas droit aux alertes rapides, qui ne sont pas très fiables, ni aux alertes plus tardives, qui, elles, sont très fiables. Il faut les deux.

**Le sénateur Morin:** Ma deuxième question porte sur la recherche. Je sais que vous êtes directeur de l'ISPP, aux Instituts canadiens de recherche sur la santé, les IRSC. Je note qu'il est dit dans le rapport Naylor qu'il n'y a pas à Santé Canada de recherches fondamentales adéquates. Comment voyez-vous cela, parallèlement aux IRSC? Ce sont, plus ou moins, les mêmes gens dont il est question et qui sont les destinataires des fonds de l'agence et des IRSC, pour la même recherche. Comment interprétez-vous cela? Vous avez le droit de critiquer le Dr Naylor.

**Le Dr Frank:** Je ne crois pas que le rapport Naylor expose de manière détaillée une façon de favoriser l'accroissement de la capacité de recherche de première qualité en santé publique. Plusieurs obstacles se présentent. Notamment, on n'y arrive pas simplement en remettant des subventions aux chercheurs rattachés à un institut universitaire ou hospitalier, ce que fait, après tout, l'IRSC. Ceux-ci travaillent selon certaines contraintes. Ils ne peuvent pas, par exemple, remettre des subventions directement à des scientifiques de Santé Canada. Ils le font quand la personne occupe un poste universitaire distinct et fait partie d'une équipe, mais les contraintes sont nombreuses. Il faut accepter le fait que la capacité qu'ont les universités du Canada — les instituts hospitaliers, bien entendu, n'ont presque rien à voir avec cela — de faire des recherches appliquées en santé publique se détériore constamment. Cela n'a jamais été un point fort au Canada, mais nous en sommes au point où cela est réduit aujourd'hui à peu de chose.

Nous n'avons pas d'écoles de santé publique, de sorte que la plupart des gens font du travail de recherche dans divers départements des facultés de médecine disséminés au pays, par exemple le Département des sciences de la santé publique à l'Université de Toronto. Ils ne travaillent pas encore en collaboration avec les unités de santé publique. Les unités de santé publique n'ont ni l'argent ni le personnel voulu pour cela. Durant les années 80, à l'unité de santé publique, à Toronto, j'ai participé à de nombreux projets visant à faire la lumière sur les



but I will not delve deeper into that now.

Those structures have to be rebuilt, but in the interim you have to build in-house intramural capacity in this new agency. You cannot ramp up people who know about public health in the universities fast enough because there just are not enough of them. You have to take people who have done fieldwork and upgrade their research skills.

Many of them are hungry for it and they would love to analyze some of the data from the SARS outbreak but they have not received the training to do it, as I said earlier. There will be an important role for the CIHR to fund research in the usual way. My institute is committed and has already built bridges between academia and the field, so that we have more partnered — collaborative — activities.

Currently, the field is so dismally weak in its research capacity throughout English Canada — it is quite a bit better in Quebec — that they cannot even collaborate on a grant. Most of them do not write grants; they do not know how to write grants; they do not have time to write grants; and they do not have time to even turn around. Their budgets are cut each year in real dollar terms. Until we fix that, you cannot have integrated applied research that links public health practice to research strengths in the universities.

**Senator LeBreton:** I will take the bait on a question that you threw out when you talked about one world and no borders. You then talked about your own experience in epidemiology in tropical diseases back in the 1980s. You said that you did not stay in that field and moved on to another field.

If we are into one world, no borders, what happened in our system that would discourage someone like you enough that you would leave an area of work where, obviously, an emerging illness, disease or even biological warfare was merely an airplane of passengers away? How did that happen? How should we fix it? Obviously, this area should have been growing instead of diminishing.

**Dr. Frank:** The answer is disarmingly simple: the same lack of infrastructure that could use the research that a person produced. If there is no infrastructure to use the research, a person such as an applied researcher loses heart. In other words, publishing papers, which I did in the 1980s in infectious disease and other forms of epidemiology to influence public health practice, fell on deaf ears. As I have already told you, less than 10 per cent of the staff in public health units across the country were able to critically read a scientific paper or were able to find the time to do so. There was no investment in the action arm of public health practice to keep it up to date, provide it with continuing education. People out there were trained 30 or 40 years earlier

épidémies de maladies infectieuses et à en dresser le bilan. Tout cela est disparu, suivant le déclin de l'enseignement en santé publique — mais je ne m'étendrai pas là-dessus aujourd'hui.

Il faut rebâtir ces structures, mais, dans l'intervalle, vous allez devoir créer une capacité intramurale interne, dans cette nouvelle agence. On ne saurait rassembler assez rapidement dans les universités les gens qui en savent un peu à propos de la santé publique: ils ne sont tout simplement pas assez nombreux. Il faut prendre des gens qui ont travaillé sur le terrain et leur permettre de parfaire leurs compétences en recherche.

Bon nombre sont tout à fait disposés à le faire et seraient très heureux d'analyser certaines des données se rapportant à la crise du SRAS, mais ils n'ont pas reçu la formation voulue pour le faire, comme je l'ai déjà dit. Ce sera là un rôle important des IRSC: financer la recherche de la façon habituelle. Mon institut est dévoué à la tâche et a déjà jeté les ponts entre le monde universitaire et les praticiens, de sorte que nous réalisons davantage d'activités de collaboration.

À l'heure actuelle, la capacité de recherche dans le Canada anglais est tellement faible — c'est nettement mieux au Québec — que les gens ne peuvent même pas collaborer pour obtenir une subvention. La plupart ne rédigent pas de demandes de subventions; ils ne savent pas comment s'y prendre; ils n'ont pas le temps de le faire; et ils n'ont pas le temps même de se retourner. Leur budget, en dollars réels, est réduit tous les ans. Tant qu'on n'aura pas réglé ce problème, on ne saurait intégrer les recherches appliquées de manière à relier les praticiens de la santé publique aux bons chercheurs des universités.

**Le sénateur LeBreton:** À propos de la question où vous avez parlé d'un monde unique et de l'absence de frontières, je vais mordre à l'hameçon. Vous avez parlé ensuite de votre propre expérience en épidémiologie appliquée aux maladies tropicales durant les années 80. Vous dites que vous n'êtes pas resté dans ce domaine, que vous êtes passé à autre chose.

Si nous vivons dans un monde unique où les frontières ne valent pas, qu'est-ce qui a pu arriver à notre système pour décourager quelqu'un comme vous au point où vous décidez de quitter un domaine où, de toute évidence, la possibilité d'une nouvelle maladie ou même d'une guerre biologique est aussi proche que le passager qui s'amène sur le prochain vol à l'aéroport? Comment cela se fait-il? Comment devrions-nous régler le problème? Visiblement, c'est un secteur qui aurait dû croître plutôt que de rétrécir.

**Le Dr Frank:** La réponse est d'une simplicité désarmante: c'est le même manque d'infrastructures susceptibles d'employer la recherche que produit une personne. S'il n'y a pas d'infrastructures pour employer la recherche, la personne qui s'adonne à la recherche appliquée perd courage. Autrement dit, la publication de communications scientifiques, comme je l'ai fait dans les années 80 dans le domaine des maladies infectieuses et en rapport avec d'autres aspects de l'épidémiologie en vue d'influer sur la santé publique, a été comme un coup d'épée dans l'eau. Comme je vous l'ai déjà dit, moins de 10 p. 100 du personnel des unités de santé publique du Canada est parvenu à jeter un regard critique sur une communication scientifique ou encore à trouver le



and did not know even how to do a chi square. How were they to understand my papers about logistic regression? I realized that the gap was hopeless and I may as well move into a field where there was at least a serious effort to apply research to the problems of workplace health. The money for that was coming from the insurer — worker's compensation public insurers — because they knew they needed some advice to fix the problem. You can see how the circularity creates a lack of incentive to go into a field, for applied people.

**Senator LeBreton:** If we had had a centre for disease control that could actually take information, they would have valued your work in such a structure. What do we do now that we are in this situation and we require this? Do we piggy-back on other world organizations under the theory of the world has no borders? Should we try to reconstruct a system? Other witnesses talked about SARS in November 2002 that did not come to the public attention until March 2003. That is a scary thought. How many other illnesses are out there like a ship lurking offshore with no captain?

In the perfect world where you would be able to correct the situation, what would you do?

**Dr. Frank:** You have no choice. You have to create an agency that has admirable and desirable career trajectories, just as the Naylor report recommends. I will have a hard time convincing a certain brilliant young Canadian working on his doctorate in informatics, having already attained his master's in epidemiology, to return to Canada. He is a specialist in surveillance and modern software for detecting new patterns of illness or injury in gigantic, routinely collected health insurance databases. How can I get him to return to Canada if the only job available to him is getting grants and writing papers in a university department with no receptor node in an agency that can actually make things happen in the system? How could he want to work in the public health system when many of the jobs in the health branch would be supervised by someone without his level of scientific expertise?

If you work in any of the public health unit positions, you can be fired any time the board disagrees with you. So, you move down the road to the next health unit and start from scratch with the usual gang of 30 to 50 nurses, one nutritionist, four inspectors, three administrators and one person with a master's degree. That is not a career ladder and is not a system. To bring someone with

temps d'en faire la lecture. On n'a rien investi pour que le secteur d'intervention de la santé publique demeure d'actualité, il n'y a pas eu d'éducation permanente. Le personnel en place avait été formé 30 ou 40 ans auparavant; il ne savait même pas comment s'y prendre pour faire un chi-carré. Comment voulait-on qu'il comprenne mes communications à propos de la régression logistique? Je me suis rendu compte qu'il était inutile d'espérer que l'écart ainsi noté soit comblé; autant m'engager dans un domaine où il y avait tout au moins un effort digne de ce nom de consacré à la recherche appliquée visant à résoudre les problèmes de santé en milieu de travail. L'argent voulu provenait de l'assureur — l'État responsable des indemnités des accidents du travail — parce que les gens savaient qu'ils avaient besoin de conseils en vue de régler le problème. Vous voyez que, pour les gens qui s'intéressent à la recherche appliquée, la circularité du phénomène a un effet dissuasif.

**Le sénateur LeBreton:** Si nous avions eu un centre de lutte contre les maladies qui prenait vraiment l'information en question, votre travail aurait été valorisé, dans une telle structure. Que pouvons-nous faire maintenant, maintenant que nous sommes dans cette situation et que nous avons besoin de cela? Faut-il prendre simplement les travaux d'autres organisations dans le monde, en présumant que les frontières n'ont ici aucune pertinence? Faut-il essayer de reconstruire un système? D'autres témoins ont parlé du SRAS en novembre 2002, sans que cela ne soit porté à l'attention du public, avant mars 2003. C'est une idée qui fait peur. Combien d'autres maladies y a-t-il au large des côtes, tapies à l'horizon, comme un bateau sans commandant?

Dans le monde idéal où il serait possible de corriger la situation, que feriez-vous?

**Le Dr Frank:** Vous n'avez pas le choix. Vous devez créer une agence qui est fondée sur des desseins admirables et souhaitables, tout comme il est recommandé dans le rapport Naylor. J'aurai de la difficulté à persuader un brillant jeune Canadien qui travaille à son doctorat en informatique et qui a déjà sa maîtrise en épidémiologie de revenir au Canada. Il est spécialisé en logiciels de surveillance et logiciels modernes pour la détection de nouveaux schémas de maladies ou de blessures dans de gigantesques bases de données établies à partir des informations recueillies de façon courante dans le domaine de l'assurance santé. Comment vais-je le persuader de revenir au Canada si le seul poste qui lui est offert, c'est celui où il essaie d'obtenir des subventions et rédige des communications dans un département universitaire, sans être branché sur une agence qui, dans les faits, peut agir concrètement dans le système? Pourquoi voudrait-il travailler dans le système de santé publique, là où le travail, dans un grand nombre des postes du secteur de la santé sont assujettis à la surveillance de quelqu'un qui n'a pas le niveau d'expertise scientifique du titulaire du poste?

Si vous occupez un poste quelconque dans une unité de santé publique, le conseil, s'il n'est pas d'accord avec vous, peut vous congédier à tout instant. Voilà donc que vous vous installez dans l'unité de santé suivante, puis vous repartez à neuf, avec le groupe habituel composé de 30 à 50 infirmières, d'une nutritionniste, de quatre inspecteurs, de trois administrateurs et d'un titulaire de



such expertise back to the system, we need to tell him that we need him and that we will provide him with a system in which his research will be put to use to improve the health of Canadians. There must be some serious infrastructure and an agency such as that could provide that infrastructure.

**Senator LeBreton:** That is an extremely compelling answer. Thank you for that.

**Senator Keon:** If one were simply to implement the recommendations of Dr. Naylor's report, that would be close to achieving what everyone has been advocating for a long time. There is no question about that.

However, there are a couple of areas where they may have lapsed back to what went on rather than what should go on. Under 12B.11, "Clinical and Local Public Health Issues," of the report, it states, in part, the following:

The CEOs of hospitals and health regions should ensure that there is a formal Regional Infectious Disease Network.

Further on, the report continues as follows:

The CEO of each hospital or health region should ensure that each hospital's protocol for outbreak management incorporates an understanding of the hospital's interrelationships with local and provincial public health authorities.

And that is fine, because they should do that.

In reality, those of us in hospitals when the disease broke out were receiving information from half a dozen places, and no one seemed to be in charge. In respect of the implementation of the ultimate plan and who determines that, Dr. Naylor's report is close and should be supported. We do not need to reinvent the wheel; the ultimate plan has to come from the top. What do you think? I do not think we can depend on goodwill and someone not stepping on someone else's toes.

**Dr. Frank:** I think you are right. It is widely acknowledged in public health, but uncomfortable to say in public, that the closer you are to a catastrophic emergency the closer you need to be to military chains of command.

You also need to ensure that the people at the top are highly trained and have access to superb advice; there is no question about that. That is the proposal for the chief public health officer of Canada.

However, you have to give that person emergency powers, which were discussed by the CMA, that would allow the individual to do what has been determined in collaboration with advisors, that which is necessary in an extreme circumstance. If the hospital's board objected, then that would be too bad for the board. It is not a popular concept, but I think it is the right one.

maîtrise. Beau cheminement professionnel, beau système. Pour que quelqu'un qui a une telle expertise revienne au système, nous devons lui dire que nous avons besoin de lui et que nous avons un système où ses recherches seront utilisées pour améliorer la santé des Canadiens. Il faut une infrastructure digne de ce nom et une agence comme celle dont il est question ici qui est apte à mettre en place une telle infrastructure.

**Le sénateur LeBreton:** Voilà une réponse tout à fait convaincante. Merci.

**Le sénateur Keon:** Il suffirait de mettre en place les recommandations du rapport du Dr Naylor pour que nous arrivions presque à ce que tout le monde préconise depuis longtemps. Cela ne fait aucun doute.

Tout de même, il y a bien quelques cas où ils sont revenus à l'ancienne façon, plutôt que d'adopter la mesure judicieuse. Au point 12B.11, «Questions touchant les systèmes cliniques et de santé publique», dans le rapport, on peut lire ce qui suit:

Les directeurs généraux d'hôpitaux et les régions sociosanitaires devraient veiller à ce qu'un Réseau régional des maladies infectieuses soit officiellement mis en place [...]

Plus loin, les auteurs du rapport poursuivent:

Le directeur général de chaque hôpital ou région sociosanitaire devrait s'assurer que les interrelations des hôpitaux avec les autorités du Service de santé publique aux niveaux local et provincial sont clairement établies dans le protocole de chaque hôpital pour la gestion des épidémies.

Et c'est très bien, car ce sont des mesures qu'il faudra adopter.

En réalité, ceux parmi nous qui travaillaient dans un hôpital au moment où la flambée du SRAS a eu lieu recevions des informations d'une demi-douzaine de lieux, sans que personne ne semble être officiellement responsable de la situation. Pour ce qui est de la mise en œuvre du plan ultime et de savoir qui détermine cela, le rapport du Dr Naylor est près du but et devrait bénéficier d'appuis. Nous n'avons pas besoin de réinventer la roue; le plan ultime doit venir des instances supérieures. Qu'en pensez-vous? Je ne crois pas que nous puissions dépendre de la bonne volonté des gens et croire que les uns ne brusqueront pas les autres.

**Le Dr Frank:** Je crois que vous avez raison. Il est largement reconnu, en santé publique, mais il est difficile de le dire en public, que plus on s'approche d'une urgence catastrophique, plus il faut une chaîne de commandement de type militaire.

Il faut s'assurer que les gens des hautes sphères sont très bien formés et qu'ils ont accès à des conseils extraordinaires; cela ne fait aucun doute. D'où le projet d'établissement du poste de médecin hygiéniste en chef du Canada.

Par contre, il faut que la personne en question détienne des pouvoirs d'agir en cas d'urgence, dont il a été question à l'AMC, et qui lui permettrait d'agir comme convenu de concert avec des conseillers, ce qui s'impose dans les circonstances extrêmes. Si le conseil d'administration de l'hôpital s'oppose à la mesure envisagée, alors tant pis pour lui. Ce n'est pas une idée populaire, mais je crois que c'est la bonne.



**Senator Cordy:** It has been an interesting dialogue this afternoon. One of my questions concerns vaccination for the control of infectious diseases. You have listed that as a success story of our efforts. Have we become a bit complacent about vaccination? I used to teach elementary school, and many years ago, to gain entry to schools in Nova Scotia, a student had to be vaccinated. Parents had to prove that their children had been vaccinated before they could enter the classroom. Now, however, you may choose to vaccinate or to not vaccinate your children. The schools accept students either way.

For a long time before SARS, we had not had such outbreaks. Has society become complacent in respect of inoculations?

**Dr. Frank:** I want to distinguish two things: We need to be able to count precisely, and know which ones they are, those children who are not fully vaccinated. We need to do that long before they go to primary school, for the reason I have given. When a measles outbreak occurs, you need to find them and tell the parents so that they can do the right thing, concerning the cases of those diseases that are directly transmitted.

You may not be aware that no court in the Western World has upheld the state's right to require vaccinations in order to gain entry to schools. However, it is the right of the parents or guardians to have a fully informed, consent-based waiver for religious, medical or conscientious reasons. We explain to people that, because of that status, which is their right, their child will be sent home immediately if there is indication of an outbreak in the environment of the disease against which the child is not vaccinated, such as measles. This has a two-fold effect. First, it provides a mild disincentive; however, more important, it helps to stop the outbreak because the kids who can transmit the disease efficiently are being sent home. That is the way in which we now have to handle these situations.

You have caused me to remember something I did not say, but as an experienced teacher you could corroborate this. There is a problem in the population. Our culture has an increasing minority of people who, for reasons that are not too scientific but are aided and abetted by an enormous amount of non-scientific materials emanating from the United States, almost entirely, believe that vaccines are harmful. They believe that vaccines cause autoimmune disease, which is not true. These people are quite strong in their beliefs and many of them have advanced education. We are doing nothing thoughtful about this in the sense of trying to have an open dialogue with them so that they could at least understand that the tetanus toxoid is not in the same category as a live viral vaccine. It would be important to at least reduce their children's liability, somewhat.

**Le sénateur Cordy:** Nous avons eu cet après-midi un débat très intéressant. Une de mes questions porte sur la vaccination en vue de la lutte contre les maladies infectieuses. Vous avez dit qu'il s'agissait là d'un exemple fructueux de nos efforts. Sommes-nous devenus un peu complaisants face à la vaccination? J'ai déjà enseigné à l'école élémentaire, et, il y a de cela longtemps, pour entrer à l'école en Nouvelle-Écosse, il fallait que l'élève soit vacciné. Les parents devaient prouver que leurs enfants avaient été vaccinés avant qu'ils puissent entrer dans une salle de classe. Aujourd'hui, par contre, on peut choisir de faire vacciner ou de ne pas faire vacciner ses enfants. Les écoles acceptent les enfants de toute manière.

Pendant longtemps, avant le SRAS, nous n'avions pas de telles flambées. Notre société est-elle devenue complaisante en ce qui concerne l'inoculation?

**Le Dr Frank:** J'aimerais distinguer deux choses: il nous faut être en mesure de dénombrer avec exactitude les enfants qui n'ont pas reçu tous les vaccins voulus — savoir qui ils sont. Il nous faut pouvoir faire cela bien avant qu'ils fréquentent l'école primaire, pour la raison que j'ai donnée. Quand il y a une flambée de rougeole, il faut pouvoir les trouver et le dire aux parents pour qu'ils fassent ce qu'il faut, dans les cas où la maladie est transmise directement.

Vous ne savez peut-être pas qu'aucun tribunal, dans le monde occidental, n'a confirmé le droit qu'aurait l'État d'exiger que les enfants soient vaccinés avant qu'ils ne puissent entrer à l'école. Par contre, les parents ou tuteurs ont le droit, eux, de signer, en connaissance de cause, une formule de renonciation aux vaccins, pour des raisons religieuses, médicales ou de conscience. Nous expliquons aux gens que, étant donné l'état de l'enfant, même si c'est leur droit de ne pas le faire vacciner, l'enfant sera envoyé à la maison immédiatement s'il y a signe d'une flambée de la maladie contre laquelle l'enfant n'a pas été vacciné, par exemple la rougeole. Cela a un effet double. Premièrement, cela a un léger effet de dissuasion; par contre, ce qui est plus important, cela aide à stopper la flambée, puisque les enfants qui sont susceptibles de transmettre la maladie sont envoyés à la maison. C'est de cette façon maintenant qu'il faut composer avec de telles situations.

Vous m'avez rappelé quelque chose que je n'ai pas dit, mais, en tant qu'enseignant chevronné, vous allez peut-être pouvoir le confirmer. C'est un problème qui se manifeste au sein de la population. Notre culture compte une minorité croissante de gens qui, pour des raisons qui ne sont pas très scientifiques, mais qui peuvent être expliquées par l'existence d'une quantité effrayante de documents non scientifiques provenant, presque toujours, des États-Unis, croient que les vaccins sont nuisibles. Ils croient que les vaccins causent des maladies auto-immunes, ce qui n'est pas vrai. Ces gens, dont certains ont fait des études avancées, y croient dur comme fer. Or, nous ne faisons rien de réfléchi à cet égard, c'est-à-dire que nous n'essayons pas d'avoir avec eux un dialogue honnête, pour qu'ils puissent tout au moins comprendre que l'anatoxine tétanique n'entre pas dans la même catégorie qu'un vaccin viral vivant. Il importe tout au moins de réduire quelque peu la vulnérabilité de leurs enfants.



That is an important new problem and it fits with your concerns. It is one area that a good public health system would remain on top of and it is a great reason to make the investment.

**Senator Cordy:** Dr. Frank, you talked about youth obesity. We have done a great job with some things through the combined efforts of the health care and education systems. Anti-smoking comes to mind as a big one, but obesity is a tough one. I used to notice that many of the kids who most needed the exercise brought notes from their parents every day physical education was on their schedule, to be excused from that class. It is a catch-22 situation, in that they did not want to go to gym class because they could not do it.

My next comment deals with a comment from a previous witness, Mr. Rob Calnan, who said that infection control practices are not necessarily what they have been. Senator Keon said that the rate of infection went down during the SARS crisis. What do we do?

You talked about the training of public health practitioners in general things such as hand-washing machines for cleanliness outside the rooms, or for masks, if need be, or even for the isolation of patients who may have infectious diseases. Do we need to return to the area of training to reinforce those kinds of skills within health care individuals and practitioners?

**Dr. Frank:** As you may be aware, a large report by the Institute of Medicine in the United States looked carefully at how we reduce injuries to patients because of bad care. We are doing a study in Canada to estimate the rates of so-called "care-caused" injury and illness. That report pointed out that you must be sophisticated about the systems required given that to err is human. You cannot expect error-free practice, and this is only one aspect of that. There is always room for improvement in the area of infection control, but doing so is much more than simply educating practitioners. You must have reminder systems in place and extremely accessible and pleasant-to-use washing facilities. You must have incentives and a cultural shift to achieve that. It is no different from preventing medication errors. It is all about the same thing. It is actually the entire field of occupational health and safety, if you want my opinion. It is no different than wanting to prevent accidents in a factory. It is a big, multi-pronged package of elements, and education is one part but not the most important part.

We either get serious about this or else. Dr. Keon's wonderful story illustrates that we could do better. Somehow, people had the fear of God in them and behaved differently, resulting in benefits.

C'est un problème nouveau, et important, qui correspond à vos préoccupations. C'est là un des champs d'action où un bon système de santé publique exercerait sa vigilance, et c'est une bonne raison de faire l'investissement prévu.

**Le sénateur Cordy:** Docteur Frank, vous avez parlé de l'obésité chez les jeunes. Nous avons fait un merveilleux travail en rapport avec certaines choses grâce aux efforts combinés du système de santé et du système d'éducation. La lutte au tabagisme représente un cas important, mais celui de l'obésité est plus difficile. À l'époque où j'enseignais, je remarquais que bon nombre des enfants qui avaient le plus besoin de faire de l'exercice amenaient une note de leurs parents tous les jours où il y avait de l'éducation physique, pour en être dispensés. C'est un cercle vicieux: ils ne voulaient pas faire de l'éducation physique parce qu'ils n'en étaient pas capables.

Ma prochaine observation concerne un commentaire fait par un témoin précédent, M. Rob Calnan, qui a dit que les pratiques de lutte contre les infections ne sont pas forcément ce qu'elles étaient auparavant. Le sénateur Keon a fait remarquer que le taux d'infection a baissé durant la crise du SRAS. Que devons-nous faire?

Vous avez parlé de la formation des praticiens de la santé publique à des trucs généraux comme l'utilisation de lave-mains à l'extérieur des chambres d'hôpital ou l'utilisation de masques, si cela est nécessaire, voire l'isolement des patients qui ont peut-être une maladie infectieuse. Faut-il revenir à la mise en place de formation pour renforcer ce genre de pratiques chez les praticiens et professionnels de la santé?

**Le Dr Frank:** Comme vous le savez peut-être, un rapport volumineux du Institute of Medicine aux États-Unis a approfondi la question de savoir comment réduire chez les malades les cas de blessures attribuables à de mauvais soins. Nous procédons au Canada à une étude visant à estimer les taux de maladies et de blessures où les soins eux-mêmes sont en cause. Le rapport en question a souligné la nécessité, l'erreur étant humaine, de bien connaître les systèmes. On ne saurait s'attendre à une pratique qui est tout à fait libre d'erreur, et ce n'est là qu'un aspect des choses. Le domaine de la lutte contre les infections demeure perfectible, mais il ne s'agit pas simplement d'éduquer les praticiens. Il faut avoir en place des systèmes de rappel et des installations de lavage extrêmement accessibles qu'il est agréable d'utiliser. Il faut des mesures incitatives et un changement des mentalités pour y arriver. C'est la même chose que ce que l'on fait pour prévenir les erreurs dans l'administration des médicaments. Tout cela revient à la même chose. C'est du domaine entier de la santé et de la sécurité au travail dont il est question, si vous voulez mon avis. C'est comme si on voulait prévenir les accidents dans une usine. C'est un gros ensemble qui comporte toute sorte d'éléments, et l'éducation en constitue une partie qui n'est toutefois pas la partie la plus importante.

Nous devons commencer à envisager cette question avec sérieux, sinon ça ira mal. La merveilleuse histoire du Dr Keon illustre le fait que nous pourrions faire mieux. D'une façon ou



We may not have the benefit of the fear of God each day, but let us determine what we could get that would be humane and effective.

**The Chairman:** I have one last question that senators have been debating around the table. I will arbitrarily pick the number of \$200 million, which equates the number in grants and contributions the Population and Public Health Branch now gives.

That money goes to an amazing total number of organizations. There is no recipient over \$4 million or \$5 million, but there are many under \$1 million. From the point of view of maximizing the impact on the health of Canadians, if you had \$200 million, would you focus that amount on continuing the current strategy of small bits and pieces to many people or would you focus the amount on one, two or three major issues, thereby allocating the resources in a much more macro way to a limited number of targets?

**Dr. Frank:** That is a great question. Let us assume for a minute that we will not have other monies in the short run. I do not think you can give out monies in a way that is fundamentally to keep political peace.

**The Chairman:** We can give out money in such a way, and we do just that.

**Dr. Frank:** I do not think we can continue to do it.

**The Chairman:** We should not do that.

**Dr. Frank:** That is correct, especially when the basic public health core services and programs are in tatters and completely inadequate in much of the country geographically. Let us get that list of core programs that we know, from the literature, are effective when properly executed. Let us use most of the money to put those in place first and then determine what is left over.

Some interventions require community organizations and NGOs so that they will work. A good example of that is the after-school activity program for teens. Now, I am not suggesting that government should do it all; we need to partner. However, if we dribble bits of money to everyone who asks, just to keep them quiet, that is not strategic, because no one would be minding the store around the core of public health services.

**The Chairman:** I understand the political difficulty of doing it, but the reality is such that my investigations have shown that the money is spent on keeping many people happy, comfortable or off our back; the spending is not strategic.

d'une autre, une sainte terreur s'est emparée des gens, qui ont adopté une conduite différente, d'où les avantages notés. Cette sainte terreur ne nous profite peut-être pas tous les jours, mais, quand même, déterminons les mesures efficaces et bienfaisantes que nous pourrions adopter.

**Le président:** Je poserai en dernier une question dont les sénateurs ont débattu. Je choisirai arbitrairement le chiffre: 200 millions de dollars, pour dire que cela équivaut au montant des subventions et contributions que verse actuellement la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

L'argent en question est réparti entre un nombre effarant d'organisations. Aucun destinataire n'a droit à plus de quatre ou cinq millions de dollars, et bon nombre reçoivent moins d'un million de dollars. Si on veut maximiser l'impact sur la santé des Canadiens, et que l'on dispose de 200 millions de dollars, faut-il continuer d'appliquer une stratégie qui se fonde sur l'idée de remettre de nombreux petits fragments à un grand nombre de personnes, ou encore faut-il choisir une, deux ou trois grandes questions, de manière à attribuer les ressources de façon plus générale, au profit d'un nombre limité de destinataires?

**Le Dr Frank:** C'est une question merveilleuse. Présumons pour un instant que nous n'avons plus d'argent à court terme. Je ne crois pas qu'on puisse remettre des sommes d'argent d'une façon qui, fondamentalement, vise uniquement à préserver la paix sur le plan politique.

**Le président:** Nous pouvons bien donner de l'argent de cette façon, et nous le faisons, justement.

**Le Dr Frank:** Je ne crois pas que nous puissions continuer de le faire.

**Le président:** Nous ne devrions pas faire cela.

**Le Dr Frank:** Voilà, surtout que les programmes et services essentiels de santé publique sont dans un état pitoyable, qu'ils ne suffisent pas du tout à répondre aux besoins dans une grande partie du pays, sur le plan géographique. Prenons la liste des programmes de base dont on sait, d'après la documentation, qu'ils sont efficaces dans la mesure où ils sont exécutés correctement. Prenons la majeure partie de l'argent pour la consacrer à cela en premier, et, ensuite, voyons ce qu'il reste.

Pour que certaines interventions marchent, il faut faire appel à des organismes communautaires et à des ONG. Les programmes d'activités parascolaires pour adolescents en sont un bon exemple. Bon, je ne laisse pas entendre que l'État devrait tout faire; il faut des partenaires. Par contre, si nous éparpillons ça et là de petites sommes d'argent au profit de tous ceux qui en font la demande, tout simplement pour acheter la paix, cela n'a rien de stratégique: personne ne veille au grain, et c'est l'essentiel des services de santé publique qui en souffrent.

**Le président:** Je conçois qu'il soit difficile d'agir ainsi pour des raisons politiques, mais, en fait, et ma propre enquête me l'a laissé voir, l'argent sert souvent à acheter le contentement ou la complaisance des gens; ce ne sont pas des dépenses stratégiques.



**Dr. Frank:** I have not looked at it, but it sounds like what I would expect.

**The Chairman:** You would be stunned if the spending were the other way around. Thank you, Dr. Frank, for appearing this evening.

**Dr. Frank:** Good luck with your deliberations.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Thursday, October 9, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:00 a.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we are here today to hear from Dr. Naylor, the Dean of Medicine at the University of Toronto. He released on Tuesday a truly outstanding report on the issue of public health in Canada. We are delighted that he agreed to spend some time with us this morning to talk about his recommendations and the steps that ought to be taken to begin to move from, essentially, the report stage to the implementation stage. There is certainly a consensus around this table that the time for talking is over and the time for action is here.

One of the witnesses yesterday put it very cleverly. One honourable senator asked when action should begin. The response was, if not now, then when? That is exactly where the committee is.

Dr. Naylor, thank you very much for coming. We are overawed, not only by the quality of the document, but also by the speed with which you were able to produce it. We have always been proud of how quickly we produce documents, but you beat us by a wide margin in terms of the speed and the volume. It is truly an outstanding document.

**Dr. David Naylor, Dean, Faculty of Medicine, University of Toronto:** Honourable senators, thank you for the privilege of appearing before you this morning. I also wish to congratulate this committee on its outstanding work in the health sphere. Many of us who work in health care or public health have been very impressed with the committee's output over the years and have been inspired and guided by it. Thank you for that.

**Le Dr Frank:** Je n'ai pas examiné la situation, mais il me semble que je m'attendrais à cela.

**Le président:** Vous seriez ahuri de savoir que les dépenses ont plutôt pris le chemin inverse. Merci, docteur Frank, de venir comparaître ce soir.

**Le Dr Frank:** Bonne chance dans vos délibérations.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le jeudi 9 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 heures pour poursuivre son étude en vue d'en faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous sommes réunis aujourd'hui pour entendre le témoignage du Dr Naylor, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Il a publié mardi un rapport exceptionnel sur la question de la santé publique au Canada. Nous sommes ravis qu'il ait accepté de venir nous entretenir ce matin de ses recommandations et des mesures qui devraient être prises afin de passer de l'étape du rapport à celle de la mise en oeuvre. Je suis persuadé que tous ceux qui sont ici présents s'accordent pour dire que le moment est venu d'agir.

L'un des témoins que nous avons entendus hier l'a d'ailleurs très bien exprimé. À l'un des sénateurs qui lui demandait quand les nouvelles mesures devraient entrer en action, il a répondu, si nous ne commençons pas dès maintenant, alors quand? C'est exactement la position du comité.

Docteur Naylor, merci beaucoup de vous être déplacé. Nous sommes plus qu'impressionnés, non seulement par la qualité du document, mais aussi par la rapidité avec laquelle vous avez réussi à le produire. Nous avons toujours tiré une certaine fierté de la diligence avec laquelle nous produisons nos propres rapports, mais vous nous avez battus par une grande longueur d'avance pour ce qui est de la vitesse et du volume. Il s'agit véritablement d'un rapport exceptionnel.

**Dr David Naylor, doyen, Faculté de médecine, Université de Toronto:** Honorables sénateurs, je vous remercie du privilège que vous me faites en me demandant de comparaître devant vous ce matin. Je tiens aussi à féliciter ce comité pour son travail extraordinaire dans le domaine de la santé. Nous sommes nombreux parmi ceux qui travaillons dans les soins de santé ou la santé publique à avoir été très impressionnés par les travaux réalisés par le comité au fil des années et nous en tirons une source d'inspiration. Merci de vos efforts.



Two days ago we released the report that the chairman has kindly described in positive terms. I want to return to a couple of the messages from the day of the release because they are evergreen messages.

All of us who served on the committee offer our condolences to the 44 families who lost loved ones to SARS and our sympathies to those who fell ill and the countless individuals whose lives were turned upside down or affected in many adverse ways by this outbreak.

We also want to thank and salute all the public health care personnel and workers for their efforts in containing the outbreak. They showed great courage in the face of an unknown threat. I cannot emphasize enough that seldom in the history of medicine, health care or public health have we had a situation where a new disease appeared, spread so quickly and was characterized so rapidly. We have not had a situation in recent history in this country where a disease took such a toll on health care workers and wore down public health care personnel so completely.

I also want to acknowledge the general public. With remarkably few exceptions, Canadians conducted themselves well during an extremely anxious period. We can all take some pride in that.

As I have said repeatedly on behalf of the committee, although there are many heroes of SARS and many people who rose to the occasion brilliantly, there were fundamental systems deficiencies that became apparent, many of which are longstanding.

In commenting on some of the system's deficiencies, the committee was not mandated, nor inclined, to name, blame or shame individuals. Our goal was to move and improve systems.

Our mandate, more specifically, was to provide a third party assessment of current public health efforts and lessons learned for ongoing and future infectious disease control. We were very appreciative of the Honourable Anne McLellan's support in giving us this mandate.

I would be remiss not to take a minute or two to comment briefly on some of the ways in which we were supported by Health Canada. Not only did we have excellent access to information, very fine support logistically and research evidence put at our disposal, repeatedly and well, but we also had another, more important privilege. The minister, deputy and the relevant assistant deputies all made it clear to the professionals working in Health Canada that they should be interacting with us first and foremost as professionals and second as citizens. They were to be

Il y a deux jours, nous avons publié le rapport que le président a décrit en termes si élogieux. J'aimerais revenir sur quelques-uns des messages qui ont été lancés le jour de sa publication, parce que ce sont des messages qui sont toujours d'actualité.

Je me joins à tous les autres membres de notre comité pour offrir nos condoléances aux 44 familles ayant perdu des proches en raison du SRAS et nos sympathies à tous ceux qui sont tombés malades ainsi qu'aux innombrables personnes dont l'existence a été bouleversée ou affectée à bien des égards par cette flambée d'infection.

Nous tenons également à rendre hommage à tout le personnel soignant ainsi qu'aux travailleurs de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés en vue d'endiguer cette épidémie. Ils se sont montrés très courageux en face d'une menace inconnue. Je n'insisterai jamais assez sur le fait qu'il est rarement arrivé dans l'histoire de la médecine, des soins de la santé ou de la santé publique qu'une nouvelle maladie fasse son apparition, se propage et soit caractérisée avec autant de rapidité. Il n'existe aucun autre exemple dans l'histoire récente de ce pays d'une maladie qui aurait fait autant de victimes chez les travailleurs de la santé et entraîné un tel épuisement du personnel soignant.

Je tiens également à rendre hommage au grand public. Sauf de rares exceptions, les Canadiens se sont bien conduits durant une période marquée par une anxiété extrême. Nous pouvons tous en être fiers.

Comme je l'ai répété à maintes reprises au nom du comité, même s'il existe de nombreux héros du SRAS et même si bien des gens ont su se tirer d'une situation difficile avec brio, il reste que les systèmes ont montré des défaillances fondamentales, dont certaines existent depuis longtemps.

Dans ses commentaires au sujet des déficiences du système, le comité n'avait pas pour mission et n'avait pas l'intention de le faire non plus, de nommer, de blâmer ou d'exposer des individus à la honte. Notre objectif était de travailler à l'amélioration des systèmes.

Plus particulièrement, notre mission consistait à évaluer à titre d'organe tiers indépendant les efforts actuels et les leçons de santé publique tirées de la flambée du SRAS et à étudier les approches à long terme en vue de mieux se préparer à lutter contre les maladies infectieuses. Nous avons beaucoup apprécié le soutien que nous a accordé l'honorable Anne McLellan dans l'accomplissement de notre mandat.

Je ne voudrais pas non plus rater l'occasion de prendre une minute ou deux pour décrire brièvement comment Santé Canada nous a prêté son concours. Non seulement avons-nous pu jouir d'un excellent accès à l'information, d'un très bon soutien logistique et de solides résultats de recherche ayant été mis à notre disposition, à maintes reprises et de façon efficace, mais nous avons pu bénéficier d'un plus important privilège encore. La ministre, le sous-ministre et les sous-ministres adjoints visés ont indiqué clairement à tous les professionnels de Santé Canada



candid, critical and open and give us their best advice, independent of any bureaucratic or political preferences.

It is remarkable that this is how things worked. It really was a privilege to be interacting with so many fine individuals on that basis.

What were the lessons that we learned? We quickly learned that Canada's ability to fight outbreaks such as SARS was integrally bound up in the strength of our public health system at all three levels — local, provincial and federal.

Members of this committee will know that public health consumes two or three cents out of every health dollar spent in Canada. It is perhaps indicative of the extent to which public health operates in the background. It is not entirely clear whether it is 1.8 or 3.5 cents on the dollar. Even the exact costs are debatable.

Public health is not glamorous. It tends to make headlines only when there are crises such as BSE, West Nile, Walkerton or North Battleford. Its focus is on the protection of health and the prevention of disease or injury for entire populations.

SARS illustrated vividly the importance of simultaneously strengthening and connecting community-based health and infectious disease control in clinical settings. In this sense, there is a continuum in public health, from the community to the clinical settings, that we have not paid full attention to in the past.

I should also note that it is easy in hindsight to second-guess the decisions and strategies of those on the frontlines battling this outbreak. The commission that is currently investigating the Ontario outbreak, led by Mr. Justice Archie Campbell, will be sorting through a number of these details.

We saw more than enough in the way of details to have a bigger picture in view. We had no trouble reaching the general conclusion that all these individuals and teams eventually succeeded in containing SARS despite multiple and serious inadequacies in our systems for disease control, surveillance and outbreak management.

There were deficiencies in the way that the public health and health care systems were organized to detect and respond to an outbreak like SARS. Some of these were due to resource constraints or shortfalls in the supply of skilled personnel. Others were due to lack of preparedness and planning, failings in organizational structures, problems of political culture and

qu'ils devaient transiger avec nous d'abord et avant tout en tant que professionnels, et ensuite en tant que citoyens. Ils devaient faire montre de sincérité, d'esprit critique et d'ouverture d'esprit et nous faire part de leurs conseils les plus avisés, sans égard à leurs allégeances politiques ou bureaucratiques.

Il est remarquable que les choses se soient vraiment passées de cette façon. Ce fut véritablement un privilège de collaborer avec des personnes aussi extraordinaires sur ces bases.

Quelles furent les leçons à en tirer? Nous avons rapidement compris que la capacité du Canada à lutter contre des épidémies comme celles du SRAS dépendait entièrement de la force de notre système de santé publique aux trois paliers — local, provincial et fédéral.

Les membres de ce comité savent peut-être que la santé publique consomme de deux à trois cents de chaque dollar investi dans la santé au Canada. Ces chiffres sont peut-être révélateurs de la mesure dans laquelle la santé publique exerce son action en arrière-plan. Il est difficile d'affirmer avec précision s'il s'agit de 1,8 ou de 3,5 cents par dollar. On n'arrive pas à s'entendre même sur le montant exact des coûts.

La santé publique n'a rien d'excitant. Ce sujet ne fait les manchettes que lorsqu'il y a des crises comme celle causée par l'EBS, le virus du Nil occidental, la tragédie de Walkerton ou de North Battleford. Elle se concentre sur la protection de la santé et la prévention des maladies et des blessures pour des populations entières.

Le SRAS a montré avec beaucoup d'acuité l'importance de renforcer et de conjuguer les mesures de santé communautaire et de lutte contre les maladies infectieuses dans un contexte clinique. En ce sens, il existe en santé publique un continuum qui s'étend du cadre communautaire à celui du système clinique, un continuum qui nous avait échappé en partie jusqu'ici.

Je devrais également souligner qu'il est facile rétrospectivement d'avoir des doutes au sujet des décisions et des stratégies ayant été adoptées par ceux qui se sont retrouvés sur la ligne de front dans la lutte contre cette soudaine flambée. La commission qui se penche actuellement sur l'épidémie ontarienne, sous la direction du juge Archie Campbell, sera à même de faire la lumière sur un certain nombre de ces aspects.

Nous en avons vu plus qu'assez, en ce qui concerne les détails, pour nous faire une bonne idée de la situation générale. Nous n'avons eu aucun mal à en arriver à la conclusion générale que tous ces individus et toutes ces équipes sont finalement parvenus à contenir le SRAS malgré les nombreuses et sérieuses lacunes dans nos systèmes de lutte contre les maladies, de surveillance et de gestion des épidémies.

On a constaté des lacunes dans la manière dont le système de santé publique et de soins de santé était organisé en vue de la détection et de l'intervention dans les cas d'épidémies comme celle du SRAS. Certaines de ces lacunes étaient dues à des restrictions sur le plan des ressources ou encore à des pénuries de personnel expérimenté. D'autres étaient dues à un manque de préparation et



poor collaboration and communication across various institutions, agencies and governments.

These are longstanding issues and have been pointed out by many observers. Their relevance to the health of Canadians has been underscored by various health crises and disease outbreaks over the last decade.

SARS is the most recent example of emerging infectious diseases. West Nile has been another prominent, recent example.

Since 1973, more than 30 previously unknown diseases associated with viruses and bacteria have emerged. Threats that emerge in other countries can be in Canada within a few hours by airplane. Compounding the problem of emerging and resurgent infectious diseases is the tangible threat of bio-terrorism that has been brought home to all of us by the intentional release of anthrax spores in the U.S. two years ago.

Meanwhile, experts all over the world have been planning for and expecting pandemic influenza, a worldwide epidemic of killer flu that could affect 10 or 20 per cent of the population.

Let me summarize some of the recommendations for you: a national strategy for surveillance and control of emerging and resurgent infections; support and enhancement of the infrastructure necessary for surveillance; rapid laboratory diagnosis; timely intervention for infectious threats to health; coordination and collaboration in setting a national research agenda for emerging and resurgent infections; a properly funded national vaccine strategy; a centralized electronic laboratory reporting system to monitor human and non-human infections; and better capacity and flexibility to investigate outbreaks in Canada.

Another expert group convened under Health Canada's auspices made those recommendations 10 years ago, as honourable senators are aware. We have essentially repeated the recommendations one decade later. That is why my colleagues and I say that it is past time for all levels of government to take action on these issues.

Our 75 recommendations, as honourable senators will have read, have many action items. We paid particular attention, given our mandate, to the implications for the federal government and federal-provincial-territorial interactions. We also made a number

de planification, à des failles dans les structures organisationnelles, à des problèmes de culture politique et à une mauvaise collaboration et communication entre les diverses institutions, les organismes et les administrations.

Ce sont là de vieux problèmes que beaucoup d'autres observateurs avant nous ont déjà signalés. Leur pertinence en ce qui concerne la santé des Canadiens a été mise en lumière lors de diverses crises sanitaires et flambées de cas de maladies au cours de la dernière décennie.

Le SRAS est le plus récent exemple de ces maladies infectieuses émergentes. Le virus du Nil occidental en est un autre exemple notable parmi les plus récents.

Depuis 1973, il est apparu plus de 30 maladies inconnues auparavant associées à des virus et à des bactéries. Les menaces qui voient le jour dans d'autres pays peuvent se retrouver au Canada en l'espace de quelques heures grâce aux avions. S'ajoute au problème des maladies infectieuses nouvelles et résurgentes la menace tangible que représente le bioterrorisme pour chacun d'entre nous depuis l'épisode des spores d'anthrax répandus intentionnellement aux États-Unis, il y a deux ans.

Par ailleurs, des experts du monde entier se sont préparés en vue d'une grippe pandémique, une épidémie de grippe mortelle à l'échelle du monde entier susceptible d'affecter de 10 à 20 p. 100 de la population.

Permettez-moi de vous résumer certaines des recommandations: une stratégie nationale de surveillance et de lutte contre les infections émergentes et résurgentes; soutien et amélioration de l'infrastructure nécessaire à la surveillance; diagnostic rapide en laboratoire; intervention en temps opportun dans les situations de menaces infectieuses pour la santé; coordination et collaboration nécessaires à l'établissement d'un programme de recherche national sur les infections émergentes et résurgentes; une stratégie de vaccination nationale dotée d'un financement suffisant; un système de rapports de laboratoire électronique centralisé pour la surveillance des infections humaines et non humaines; et une amélioration de la capacité et de la souplesse dans les enquêtes sur les flambées de cas survenues au Canada.

Un autre groupe d'experts réuni sous les auspices de Santé Canada avait déjà fait ces recommandations il y a dix ans, comme les honorables sénateurs le savent sans doute. Essentiellement, nous n'avons fait que répéter ces recommandations dix années plus tard. C'est la raison pour laquelle mes collègues et moi-même affirmons qu'il est grandement temps d'agir sur ces questions pour tous les paliers de gouvernement.

Sur nos 75 recommandations, comme vous le verrez dans notre rapport, honorables sénateurs, il y a de nombreuses activités de suivi. Nous avons accordé une attention particulière, étant donné notre mandat, aux répercussions de ces recommandations sur le



of recommendations squarely directed at provincial and territorial governments, as well as institutions, local public health officials and health regions.

I will take only a few minutes to comment on some of the major recommendations because I know that honourable senators will have questions. We have recommended that the Government of Canada establish a Canadian agency for public health analogous in some respects to the U.S. Centers for Disease Control. We believe that an agency operating at arm's-length from Health Canada would enhance the federal government's ability to support local work in disease control and prevention. It would bring a professional and scientific focus and move us away from some of the issues that may be coloured by political or bureaucratic considerations. We believe that an agency has the particular merit of helping to build a more collaborative culture among public health professionals in different levels of government. In essence, we are envisaging that the traffic would occur among public health professionals who are joined together by their commitment to protecting health and preventing disease, with politics pushed aside.

Another advantage of having an agency is that it would provide a clear focal point for Canada to manage health issues at its borders and to interact with the global community. We saw during the SARS outbreak that the World Health Organization has increasingly asserted a transnational governance role in public health issues. We have felt, as a result of our deliberations, that Canada can only remain credible in the global health community if we have a focal point and if we are able to ensure that the public health systems collaborate with clarity about leadership and that they interact effectively through a single channel with our international partners.

I will say a word about leadership. We have recommended that a chief public health officer of Canada lead the agency. This individual would be a public health professional reporting directly to the federal Minister of Health.

Honourable senators will have seen that most of the short-term spending we recommended was targeted to infectious disease surveillance and control. The reasons for that are obvious. I wish to attempt to debunk some mythology about the U.S. Centers for Disease Control because it continues in all areas.

gouvernement fédéral ainsi qu'aux interactions entre les administrations fédérales-provinciales et territoriales. Nous avons aussi fait un certain nombre de recommandations qui s'adressent carrément aux gouvernements des provinces et des territoires, de même qu'aux institutions, aux fonctionnaires locaux en santé publique et aux responsables des régions sanitaires.

Je prendrai seulement quelques minutes pour faire des commentaires sur certaines des principales recommandations parce que je sais que les honorables sénateurs voudront poser des questions. Nous avons recommandé que le gouvernement du Canada crée une agence canadienne de la santé publique, sur le modèle des Centers for Disease Control des États-Unis. Nous pensons qu'un organisme qui serait indépendant de Santé Canada améliorerait la capacité du gouvernement fédéral de soutenir les efforts réalisés à l'échelle locale dans la lutte et la prévention contre les maladies. La création d'un tel organisme permettrait de concentrer l'attention sur les aspects professionnels et scientifiques et de prendre du recul par rapport à des questions susceptibles d'être entachées de considérations politiques ou bureaucratiques. Nous sommes convaincus qu'une agence possède le mérite particulier de contribuer à créer une culture davantage axée sur la collaboration chez les professionnels de la santé publique des divers paliers du gouvernement. Essentiellement, nous envisageons qu'il y aurait des échanges plus soutenus entre les professionnels de la santé qui ont en commun leur détermination à protéger la santé et à prévenir les maladies, sans égard aux considérations politiques.

Un autre avantage qu'il y aurait à se doter d'un organisme indépendant serait de créer un centre de coordination clair pour tous les intervenants au Canada concernant la gestion des questions de santé, aux frontières du pays et avec la communauté internationale. Nous avons été à même de constater durant la flambée du SRAS que l'Organisation mondiale de la Santé assumait de plus en plus un rôle de gouvernance transnational en ce qui concerne les questions de santé publique. Nous avons conclu, après en avoir discuté, que pour conserver sa crédibilité au sein de la communauté internationale en matière de santé, le Canada doit se doter d'un centre de coordination et prouver que les systèmes de santé publique collaborent manifestement sur le plan du leadership et interagissent efficacement par l'entremise d'un guichet unique avec nos partenaires internationaux.

J'aimerais dire un mot au sujet du leadership. Nous avons recommandé qu'un médecin hygiéniste en chef du Canada assume la direction de l'agence. Ce gestionnaire serait un professionnel de la santé publique et relèverait directement du ministre fédéral de la Santé.

Les honorables sénateurs seront à même de constater que la majorité des dépenses à court terme que nous avons recommandées visaient la surveillance et la maîtrise des maladies infectieuses. Les raisons en sont évidentes. J'aimerais déboulonner quelques mythes en ce qui concerne les Centers for Disease Control des États-Unis parce qu'ils ont la vie dure.



The CDC used to be called the Communicable Diseases Centre when it was established after World War II — that was its focus. Battling outbreaks continues to be a source of much of its positive press, hence the mythology of the cavalry riding in from Atlanta to rescue a municipality or a state in the throes of some infectious disease.

In the past, the CDC has addressed a full range of preventive issues and health threats. The full name of the CDC today is “Centers for Disease Control and Prevention.” We almost wish that they would change the acronym to make that point. The CDC has a full portfolio of public health activities. Many of those activities are closely related and mutually reinforcing.

For example, the surveillance system that one sets up for infectious diseases can be transmogrified into a surveillance system for chronic non-communicable diseases. The same information systems, the same businesses processes and the same agreements on data sharing can all be put in play to create the parallel surveillance system. This is why we have strongly recommended that the new federal agency must not only be outstanding in the field of effective disease control and prevention, but also a full-spectrum public health resource for Canada.

There is something else that we think is worth learning from the CDC: Much of its budget is directed to federal payments that flow to states and municipalities in support of their public health activities. The CDC uses spending power to leverage investments by other levels of government, to create uniformity and consistency and to promote collaboration.

A similar mechanism is used in Australia, albeit without a primary agency focus. We believe that the lessons from these two federal states are salient here in Canada, with our federal-provincial-territorial context.

Canada does not make specific federal transfers to support public health activities by the provinces and territories and the result is a flimsy patchwork for disease prevention and outbreak management.

The committee was aware of provincial centres of excellence in this field, which I will highlight: British Columbia’s Centre for Disease Control, which has a strong infectious disease focus and is now broadening its mandate; and Quebec’s National Institute of Public Health, which is a full-spectrum public health agency. Unfortunately, not all provinces have developed similar capacity.

Le CDC s’appelait dans le passé le Communicable Diseases Centre ou centre des maladies transmissibles, à l’époque où il a été mis sur pied après la Deuxième Guerre mondiale — parce que c’était sa raison d’être. La lutte contre les épidémies est toujours à l’origine de son excellente réputation, d’où l’image de la cavalerie arrivant en trombe d’Atlanta pour voler au secours d’une municipalité aux prises avec une flambée d’une quelconque maladie infectieuse.

Dans le passé, le CDC s’est intéressé à un éventail de questions tournant autour de la prévention et des menaces pour la santé. Mais aujourd’hui, le nom complet de cet organisme est «Centers for Disease Control and Prevention», autrement dit «centres de lutte et de prévention contre les maladies». Nous nous prenons à souhaiter qu’ils changent leur acronyme afin de faire valoir notre point. En effet, les CDC exercent toute une gamme d’activités liées à la santé publique. Bon nombre de ces activités sont étroitement liées et se renforcent mutuellement.

Par exemple, le système de surveillance mis sur pied pour lutter contre les maladies infectieuses peut se métamorphoser en un système de surveillance pour les maladies chroniques non transmissibles. Les mêmes systèmes d’information, les mêmes méthodes de travail et les mêmes ententes relatives à l’échange de données peuvent tous être mis à contribution pour créer un système de surveillance parallèle. C’est la raison pour laquelle nous avons fortement recommandé que la nouvelle agence fédérale soit non seulement d’une efficacité remarquable dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les maladies, mais aussi qu’elle offre un éventail complet de ressources en santé publique pour le Canada.

Nous pensons qu’il y a autre chose à apprendre des CDC: une bonne partie de leur budget est consacrée à des paiements qui sont destinés aux États et aux municipalités en vue de les aider à financer leurs activités de santé publique. Les CDC utilisent leur pouvoir d’application des ressources afin d’avoir un effet multiplicateur sur les investissements consentis par d’autres paliers de gouvernement, de créer de l’uniformité et de la cohérence ainsi que de favoriser la collaboration.

En Australie, on utilise un mécanisme semblable, quoique sans mettre l’accent sur un organisme unique. Nous sommes d’avis que les leçons que nous enseignent ces deux États fédéraux sont pertinentes ici au Canada, dans notre contexte fédéral-provincial et territorial.

Le Canada ne consent pas de transferts fédéraux précis en vue de soutenir les activités de santé publique menées par les provinces et les territoires, et il s’ensuit un ensemble de mesures disparates pour la prévention des maladies et la gestion des épidémies.

Le comité était au courant de l’existence des centres d’excellence provinciaux dans ce domaine, notamment le British Columbia’s Centre for Disease Control, qui se concentre fortement sur les maladies infectieuses et qui est en train d’élargir son mandat; et l’Institut national de santé publique du Québec, un organisme de santé complet. Malheureusement, ce ne



The lack of such capacity in Ontario was one reason why there were difficulties in managing the outbreak.

We have specifically recommended that among the new funds that will flow through the agency, there should be dollars earmarked to build up provincial and regional centres of excellence focused on infectious diseases. We are also recommending as a companion piece the creation of a national network for communicable disease control. The goal is to create a truly seamless surveillance system and a fully coordinated response to major disease outbreaks.

There is a precedent here. The federal and provincial governments currently collaborate actively on a national network for emergency preparedness and response. This network was catalyzed by the tragic terrorist attacks on the U.S.A. in September 2001. We would like to think that the tragedy of SARS in 2003 might catalyze a sister network that could draw together provincial and federal centres of excellence, including those that would emerge as the agency provided funds to nurture and support them. This confluence of provincial and regional centres of excellence would truly be Canada's second line of defence against the next SARS.

The total of new federal spending that we have recommended would reach \$700 million per annum by 2007, at the earliest. I have pointed out that this is what governments spend on health in Canada between Monday and Wednesday in a typical week. We are well aware that this is not a small sum of money. We think that, under the circumstances, it is a minimally prudent investment to make. Further, we think that provincial and territorial spending should leverage it.

Rather than review the many other recommendations in this report, it would be wisest at this time to wrap up and take questions on areas such as research, international issues, local and regional matters that we delved into and, of course, the area of human resources, which is very important.

I believe I can safely say that the National Advisory Committee on SARS and Public Health found that there was much to learn from this outbreak because too many earlier lessons had been ignored. Canada's ability to contain an outbreak is only as strong as the weakest jurisdiction in the chain of disease control and health protection. We have, accordingly, recommended strategies to reinforce all levels of the public health system and also to integrate those components more fully and effectively with the clinical care sector.

One of the more than 30 submissions to our committee suggested that SARS was a reminder, a warning and an opportunity. The committee hopes that our report will also be

sont pas toutes les provinces qui ont développé des capacités semblables. L'absence d'un tel organisme en Ontario est sans doute l'une des raisons qui expliquent que l'on ait éprouvé tant de difficulté à gérer l'épidémie.

Nous avons expressément recommandé que les nouveaux fonds qui seront accordés par l'entremise de l'agence devraient en partie servir à constituer des centres d'excellence provinciaux et régionaux spécialisés dans les maladies infectieuses. Nous recommandons aussi à titre complémentaire la création d'un réseau national de lutte contre les maladies transmissibles. Le but est de créer un système de surveillance véritablement sans interruption et permettant une intervention entièrement coordonnée dans les cas de flambées majeures de maladies.

Il existe désormais des précédents. Les gouvernements fédéral et provinciaux collaborent activement actuellement à l'établissement d'un réseau national de protection civile et d'intervention. La mise sur pied de ce réseau a été déclenchée par les tragiques attaques terroristes contre les États-Unis en septembre 2001. Nous aimerions que la tragédie du SRAS en 2003 soit à l'origine de la création d'un réseau parallèle susceptible de réunir les centres d'excellence provinciaux et fédéraux, y compris ceux qui émergeraient lorsque l'agence pourrait fournir des fonds pour les soutenir et les encourager. Cette convergence des centres d'excellence provinciaux et régionaux deviendrait véritablement la deuxième ligne de défense contre la résurgence du SRAS.

Le montant total de nouvelles dépenses fédérales que nous avons recommandé atteindrait les 700 millions \$ par année d'ici 2007, et au plus tôt. J'ai signalé que c'est le montant que le gouvernement dépense au chapitre de la santé au Canada, du lundi au mercredi d'une semaine normale. Nous savons très bien qu'il s'agit d'une grosse somme. Mais nous sommes persuadés que, dans les circonstances, il s'agit d'un simple investissement. En outre, nous pensons que les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient apporter eux aussi leur contribution afin de créer un effet de levier.

Plutôt que de passer en revue les nombreuses autres recommandations de ce rapport, je pense qu'il serait plus sage que je résume et que j'aborde des questions comme la recherche, les problèmes internationaux, les questions d'intérêt local et régional que nous avons soulevées et, bien entendu, le domaine des ressources humaines qui est très important.

Je pense pouvoir affirmer sans crainte que le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a trouvé qu'il y avait beaucoup de leçons à tirer de cette épidémie, parce que trop souvent nous n'avons pas tenu compte des leçons du passé. La capacité du Canada de contenir une épidémie a la force du maillon le plus faible de son réseau de protection de la santé et de lutte contre les maladies. Nous avons, par conséquent, recommandé des stratégies visant à renforcer tous les paliers du système de santé publique et aussi à intégrer ces composantes plus complètement et plus efficacement dans le secteur des soins cliniques.

L'une des quelque 30 présentations au moins qui ont été faites à notre comité suggérerait que le SRAS était un rappel à l'ordre, un avertissement et une opportunité. Le comité espère que notre



seen as a reminder, a warning and, above all, an opportunity for us to renew public health across Canada and make some overdue improvements in our health care system.

We are grateful for the chance to present these views and to answer your questions. I sincerely hope that this committee and the Senate will be supportive of what we think is a very important set of initiatives that must be undertaken by all levels of government if we are to be better prepared for the next major disease outbreak.

**Senator LeBreton:** I must congratulate you on this report. I have not read every page. I have read the parts that I have been focusing more on in this particular study. I must say to you, as a person with a non-medical background, I particularly appreciated the language in which the report was written. It was clear and easily understood. It is a great help to not only the people in the profession, but the Canadian public as well.

I have two questions. First, following the line of questioning I have pursued before, we have heard from you and from other witnesses that there was first knowledge of the outbreak of SARS in November 2002. Yesterday, the Canadian Medical Association said it was like a ship without a captain suddenly appearing offshore. It did not become known to the public until March 2003, a period of some four months.

I know, from your report and the recommendations, there are many things in place that will prevent this situation in the future, including the World Health Organization changing some of its guidelines. In the interim, until we take the step of implementing the recommendations of your report and, perhaps, this committee, do you feel that there is currently a better system in place in the world that would zero in and highlight another emerging illness, so it will not take a little over four months for the scope of it to be truly realized?

**Dr. Naylor:** We have made progress in terms of the awareness of the global community of the need for surveillance systems to be enhanced. The World Health Organization, whatever the reservations many Canadians have about the travel advisory, has shown a very strong interest in moving the surveillance agenda forward, and coupling that with the necessary alert systems so that countries are notified of emerging threats.

It is easy to look back and see now that in November 2002, it looks like we had SARS emerging in Guangdong, China, and to wonder why we did not translate the full body of the relevant report.

rapport lui aussi sera vu comme un rappel, un avertissement et, par-dessus tout, une opportunité pour nous de renouveler le secteur de la santé publique dans tout le Canada et de procéder à quelques améliorations du système de soins de santé qui auraient dû être faites depuis longtemps.

Nous vous remercions de nous donner la chance de présenter ces opinions et de répondre à vos questions. J'espère sincèrement que ce comité et le Sénat seront en faveur de ce que nous considérons comme une série très importante d'initiatives qui doivent être prises à tous les paliers de gouvernement si nous voulons être mieux préparés à réagir lors de la prochaine épidémie majeure.

**Le sénateur LeBreton:** Je tiens à vous féliciter pour votre rapport. Je ne l'ai pas lu au complet, mais j'ai pris connaissance des sections qui m'intéressent le plus dans le cadre de cette étude particulière. Je dois vous dire, en tant que profane dans le domaine de la médecine, que j'ai particulièrement apprécié le langage que vous avez utilisé dans votre rapport. Il est clair et facile à comprendre. Il sera très utile, non seulement aux spécialistes, mais aussi au grand public en général.

J'aimerais vous poser deux questions. Premièrement, pour poursuivre sur ma lancée, d'autres témoins et vous-même nous avez confié que l'on a entendu parler de la flambée du SRAS pour la première fois en novembre 2002. Hier, des représentants de l'Association médicale canadienne nous ont déclaré que c'était comme de voir apparaître soudainement un navire sans capitaine au large des côtes. Et ce n'est qu'en mars 2003 que le SRAS est venu à la connaissance du public, soit environ quatre mois plus tard.

Je sais, pour l'avoir lu dans votre rapport et dans vos recommandations que l'on mettra beaucoup de choses en place pour éviter que cette situation ne se reproduise dans le futur, y compris demander à l'Organisation mondiale de la Santé de modifier certaines de ses lignes directrices. Dans l'intervalle, d'ici à ce que nous prenions les mesures nécessaires pour mettre en oeuvre les recommandations de votre rapport, et peut-être celles de notre comité, croyez-vous qu'il existe un meilleur système dans le monde à l'heure actuelle qui permettrait de cibler et de déceler une autre maladie émergente afin qu'il ne soit pas nécessaire d'attendre quatre mois avant de pouvoir en mesurer la portée avec réalisme?

**Le Dr Naylor:** Nous avons fait des progrès pour ce qui est de sensibiliser la communauté internationale à la nécessité d'améliorer les systèmes de surveillance. L'Organisation mondiale de la Santé, quelles que soient les réserves qu'entretiennent à son égard de nombreux Canadiens notamment concernant les recommandations aux voyageurs, s'est montrée très intéressée à faire progresser le programme de surveillance et à le jumeler avec les systèmes d'alerte requis afin que les pays soient mis au courant des menaces émergentes.

Il est facile avec le recul de dire aujourd'hui qu'en novembre 2002, on avait des motifs de penser que le SRAS était en train d'émerger à Guangdong, en Chine, et de se demander *a posteriori* pourquoi on ne s'était pas donné la peine de traduire au complet le rapport pertinent.



I am sure that as international lessons-learned exercises unfold — and we have multiple countries trying to track back to what they should have known or could have known when — that we will be asking ourselves, “Why not earlier? Why did we not understand this was afoot?”

The answer has two dimensions. First, we are better prepared, but there is still a huge amount of work to be done. The work is, on one level, for international self-scrutiny to occur, to figure out how we can have a better-coordinated international surveillance system. As we say in the report, there also needs to be capacity-building in developing countries. There is, I believe, an obligation — some would call it enlightened self-interest — for prosperous countries with strong knowledge-based industries and scientific capacity to work with the developing world on surveillance issues.

I also believe there is an acute need to make sure that we have better alert and intelligence systems inside Canada so that it is very clear that if information comes to Health Canada and moves down, it gets to the front lines quickly.

The doctor in the emergency room must know if she is dealing with some new and strange illness, that it emerged from somewhere else a month or two ago, and here is what is known about it. The current systems do not adequately do that.

**Senator LeBreton:** Your report has many recommendations on the whole issue of public health, and you made the statement in your opening remarks that public health is not glamorous. Yesterday, we had the Canadian Medical Association and the Canadian Nurses Association pointing out to us the lack of attention to the public health side of health. I know you have several recommendations. Perhaps, just for the viewing public and the committee, you could tell us what you think we could do, or the public could do, to make public health a field that is seen as more enticing and more “glamorous,” for lack of a better word?

**Dr. Naylor:** I answer this question with a bad conscience as a dean of medicine. I am sure that all of us who lead medical schools could and should do more.

In our medical faculty, we have tried to change the understanding and perception of community health issues. Our MD program, for example, has a cross-cutting theme called “determinants of community health.” It is designed to provide an understanding of the broader context in which physicians will work. It pays a lot of attention to public health, as well as health care issues, and tries to link them together. I believe there are

Je suis persuadé que lorsque l'on aura obtenu les résultats de l'exercice visant à tirer des leçons à l'échelle internationale — parce que de nombreux pays essaient de comprendre ce qu'ils auraient dû ou pu savoir à l'époque — nous nous poserons la question: «Pourquoi n'avons-nous pas réagi plus tôt?» Pourquoi n'avons-nous pas compris ce qui se préparait?

La réponse comporte deux volets. Premièrement, nous sommes mieux préparés, mais il reste encore énormément à accomplir. Les efforts doivent, au moins sur un plan, porter sur une sorte d'auto-examen à l'échelle internationale, afin de comprendre comment nous pourrions nous doter d'un système de surveillance mieux coordonné. Comme nous le disons dans notre rapport, il faut aussi travailler au renforcement des capacités dans les pays en développement. À notre avis, il existe une obligation — que certains qualifieraient d'intérêt personnel éclairé — pour les pays prospères, qui sont dotés de solides industries du savoir et d'une capacité scientifique, de collaborer avec les pays en développement sur les questions de surveillance.

Je pense aussi qu'il existe un besoin pressant de nous doter de systèmes d'alerte et de renseignements plus efficaces ici même au Canada afin qu'il soit très clair que si des renseignements viennent à la connaissance de Santé Canada, ces renseignements prendront rapidement le chemin du personnel de première ligne.

Le médecin en salle d'urgence aux prises avec une étrange nouvelle maladie doit savoir que cette dernière a pris naissance ailleurs, il y a un mois ou deux, et il doit être informé de tout ce que l'on sait à son sujet. Les systèmes actuels ne garantissent pas cela parfaitement.

**Le sénateur LeBreton:** Votre rapport comporte de nombreuses recommandations sur la question générale de la santé publique, et vous avez déclaré dans votre introduction que la santé publique n'a rien de très excitant. Hier, l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada nous ont signalé à quel point la santé publique ne reçoit pas toute l'attention qu'elle mérite. Je sais que vous avez fait plusieurs recommandations. Peut-être, au moins pour le bénéfice des téléspectateurs et des membres du comité, pourriez-vous nous dire ce que nous devrions faire ou ce que le public devrait faire pour que la santé publique devienne un secteur plus attirant et plus «excitant», faute d'un meilleur qualificatif pour décrire cette situation?

**Le Dr Naylor:** Je vais répondre à cette question avec une mauvaise conscience en tant que doyen d'une faculté de médecine. Je suis sûr que tous ceux d'entre nous qui dirigent des facultés de médecine pourraient et devraient faire davantage.

En effet, dans nos facultés, nous avons essayé de changer la compréhension et la perception des questions liées à la santé communautaire. Notre programme d'enseignement de la médecine, par exemple, comporte un thème passe-partout appelé «déterminants de la santé communautaire». Il a été conçu pour permettre de mieux comprendre le contexte général dans lequel évoluent les médecins. Il accorde beaucoup



similar courses in many MD programs now. I know that some nursing programs have taken similar steps.

We can and should do more to enhance students' understanding of the fact that these are very important disciplines and areas in which one can make a huge contribution. Educationally, there are things to be done.

However, on some levels, it may come down to creating a career structure and a compensation system that make these disciplines more appealing. Community medicine is not a particularly well-compensated specialty compared to other high-tech procedural specialties in medicine. The career path in public health nursing is somewhat unclear. With the introduction of baccalaureate nursing, the diploma programs of old have tended to recede in importance and move off the stage. Therefore, we have individuals who train in public health after a nursing degree, more or less on the job. One would want to see a masters in public health and a PhD program that would create public health nurse leaders.

One can go through one discipline after another and see the need for bursaries, scholarships, curricular restructuring and clarity of career path so that people have a sense that there is a future, and also that they can make a difference. What draws people into the health professions — and this is perhaps the naive view of a dean — is a desire to make a difference, to have a positive impact on the health of people. You can do that at the individual level as a caregiver, or you can do it at a community or population level in public health. These are both wonderful ways to spend a working life.

**Senator Morin:** First, I should like to congratulate Dr. Naylor on this remarkable report. It is one of the best reports I have read. It reads easily. It is dense. It is remarkably well written. I asked Dr. Naylor this morning who “the pen” was, because you always need somebody.

He told me that he was. You can understand the amount of work here. It makes for a much better report than using an expert to actually write.

**The Chairman:** I trust, given what one always hears about doctors' writing, that the pen was not a real pen but a word processor.

d'attention à la santé publique, de même qu'aux problèmes de soins de santé et s'efforce d'établir des liens entre les deux. Je pense qu'il existe des cours semblables dans bon nombre de programmes d'enseignement de la médecine aujourd'hui. Et je sais que certains programmes de soins infirmiers ont adopté des approches similaires.

Nous pouvons et nous devons faire davantage pour que les étudiants comprennent mieux qu'il s'agit de disciplines très importantes et de domaines dans lesquels il est possible d'apporter une contribution énorme. Sur le plan de l'enseignement, il y a des améliorations à apporter.

Toutefois, à certains égards, cela peut revenir à créer une structure professionnelle et un système de rémunération qui rendraient ces disciplines plus intéressantes. La médecine communautaire n'est pas particulièrement bien rémunérée par comparaison à d'autres spécialités. Le cheminement de carrière dans les services infirmiers de santé publique est quelque peu nébuleux. Avec l'introduction du baccalauréat en nursing, les anciens programmes menant à un diplôme ont tendance à connaître une baisse en importance et à être relégués au second plan. Par conséquent, il y a des étudiants qui se forment dans le domaine de la santé publique après avoir obtenu leur diplôme en soins infirmiers, et plus ou moins en cours d'emploi. Il devrait y avoir un programme de maîtrise en santé publique et un programme de doctorat qui créerait un bassin de dirigeants chez les infirmières et infirmiers de la santé publique.

On peut passer en revue toutes les disciplines et constater la nécessité de créer des bourses d'entretien et des bourses d'études, de restructurer les programmes et de clarifier les cheminements de carrière afin que les étudiants se fassent une meilleure idée de l'avenir qui les attend et qu'ils comprennent aussi qu'ils ont un rôle à jouer. Ce qui attire les gens dans les professions de la santé — et peut-être que c'est seulement le point de vue candide d'un doyen de faculté — c'est le désir de changer les choses, d'avoir une incidence positive sur la santé des gens. Cet objectif peut être atteint à l'échelle individuelle en tant que prestataire de soins, ou alors à l'échelle d'une communauté ou d'une population en optant pour la santé publique. Ce sont là deux merveilleux cheminements de carrière.

**Le sénateur Morin:** Premièrement, j'aimerais féliciter le Dr Naylor pour son remarquable rapport. C'est l'un des meilleurs que j'ai jamais vus. Il se lit facilement. Il est dense et remarquablement bien écrit. J'ai demandé ce matin au Dr Naylor qui était le propriétaire de la «plume», parce que l'on a toujours besoin de quelqu'un à cet égard.

Il m'a avoué que c'était lui. On comprend facilement la quantité de travail que cela implique. Le résultat est un rapport beaucoup plus lisible que si on avait fait appel à un rédacteur spécialisé.

**Le président:** Je présume, étant donné ce que l'on entend toujours au sujet de l'écriture des docteurs, qu'en l'occurrence la plume n'était pas une vraie plume, mais plutôt un traitement de texte.



**Dr. Naylor:** I emphasize that this was a team effort. A huge number of people drafted items here. My role was editorial. I did do some drafting. The final manuscript did work its way through my computer but I want to give credit to a fabulous team.

**Senator Morin:** I like the fact that this report covers the entire field of public health. There is nothing to add to it. Our role is to make sure that these recommendations are implemented by the government. It is such outstanding work.

I would like to address one specific issue, if I may. The Winnipeg lab is the only level-4 microbiology lab in the country, and one of the few in the world. It is a reference point and focus of expertise in the country. It does play, and should play, a leadership role. It is a remarkable physical facility that I had the opportunity to visit twice. The physical infrastructure is remarkable.

It also has outstanding, even world-renowned, scientists. Its leader, Dr. Plummer, is a world-renowned scientist who testified here.

I have met with provincial public health authorities. They have past and future concerns with the Winnipeg lab. In the past, their concerns were about scientific and administrative issues. On scientific issues, they were concerned with the statements coming from the lab, made repeatedly and publicly and in various international meetings, that the corona virus was not responsible for SARS, and other more recent statements that we had a SARS outbreak in an old people's home in Vancouver.

We all cite probabilities. Perhaps these statements should not have been made publicly. I know that provincial authorities at one specific international meeting were rather embarrassed by some of these statements. They felt more prudence should have been demonstrated.

The provincial authorities also complained about a certain lack of cooperation with the provincial labs. The specific example given to me is that reagents are not shared. Apparently it is an important issue, although I am not an expert. If they want to reproduce some of the findings or diagnoses, reagents should be shared. That is one of the roles of the reference lab.

There are unacceptable delays in getting results. There was one example of a result being received 14 months after the specimen was sent.

There is a more general issue with quality control. The provincial authorities said these things.

These are important issues. I am surprised to see that they are not mentioned in your report that covers the rest of the field so

**Le Dr Naylor:** J'insiste pour dire qu'il s'agit du résultat d'un travail d'équipe. Il y a eu énormément d'auteurs de textes préliminaires. Mon rôle a été purement et simplement celui d'un rédacteur principal. Il est vrai que j'en ai rédigé une partie. Le manuscrit définitif est bien sorti de mon ordinateur, mais je tiens à rendre justice à une équipe fabuleuse.

**Le sénateur Morin:** J'aime l'idée que le rapport couvre la totalité du champ de la santé publique. Il n'y a rien à rajouter. Notre rôle consiste simplement à nous assurer que ces recommandations seront mises en oeuvre par le gouvernement. C'est un travail tellement exceptionnel.

J'aimerais aborder un point en particulier, si vous le permettez. Le laboratoire de Winnipeg est le seul laboratoire de microbiologie de niveau 4 du Canada, et l'un des rares qui existent dans le monde. Il est un centre de référence et d'expertise au pays. Il joue véritablement, comme il se doit, un rôle de chef de file. C'est une installation formidable que j'ai eu la chance de visiter. L'infrastructure est tout à fait remarquable.

Il peut compter également sur une équipe exceptionnelle de chercheurs de renommée mondiale. Son chef, le Dr Plummer, est un scientifique réputé qui est venu témoigner devant le comité.

J'ai rencontré des dirigeants provinciaux en santé publique. Ils ont des inquiétudes au sujet du laboratoire de Winnipeg concernant des événements passés et futurs. Pour ce qui est du passé, leurs inquiétudes tournaient autour de questions scientifiques et administratives. Sur le plan scientifique, ils se montraient préoccupés au sujet de déclarations en provenance du laboratoire qui, de façon répétée et en public, ainsi que lors de diverses réunions internationales, avaient soutenu que le coronavirus n'était pas responsable du SRAS, et d'autres déclarations plus récentes comme quoi il y avait une épidémie de SRAS dans une résidence pour personnes âgées de Vancouver.

Toutes ces déclarations s'appuient sur des suppositions. Peut-être qu'elles n'auraient pas dû être faites publiquement. Je sais que lors d'une de ces réunions internationales en particulier, les autorités provinciales avaient été assez embarrassées par certaines de ces déclarations. Elles avaient le sentiment que l'on aurait dû se montrer plus prudents.

Elles se plaignaient aussi d'un certain manque de coopération avec les laboratoires provinciaux. L'exemple qui m'a été donné est que les réactifs ne sont pas communiqués. Il semble que ce soit un problème important, même si je ne suis pas un spécialiste. S'ils veulent reproduire certains de leurs résultats ou de leurs diagnostics, ces réactifs doivent être connus. C'est l'un des rôles du laboratoire de référence.

On déplore aussi qu'il y ait des délais inacceptables avant d'obtenir les résultats. On nous a parlé d'un cas où le résultat n'était parvenu que 14 mois après que les spécimens avaient été envoyés.

Il existe un problème plus général de contrôle qualité. Ces affirmations sont le fait des autorités provinciales.

Ce sont là des questions importantes. Je suis surpris de voir qu'elles ne sont pas mentionnées dans votre rapport qui couvre



well. It is extremely important because the Winnipeg lab should be the mother ship of all other public health labs in this country.

It has everything going for it. It has outstanding scientists, excellent facilities and the proximity of an animal lab. It is unique in the world on that issue. It is now well supported by Health Canada. The funding has improved over the years. There are a number of recommendations that we might make that would help it play this important role in public health.

Do you have comments on that?

**Dr. Naylor:** Thank you very much, senator, for the positive comments on the report and for a challenging set of observations.

On one level, my instinct is to say that the broad set of criticisms of the National Microbiology Laboratory is best addressed by those in charge of it. Replies to some of the specifics are very much in the bailiwick of the current leadership of the NML. At the same time, I do think it is incumbent upon me to reply to some of the broader issues you have raised because they are salient to the future of public health in this country.

Let us think about the question of whether the leaders of the NML stated that the corona virus was not responsible for SARS. As I heard them, those statements were, first, it was too early to be sure, and second, a metapneumovirus has appeared in some of the specimens that could be the cause.

It is intriguing that statements that represent appropriate expressions of scientific uncertainty, in the heat of an outbreak, with concerns about risk communication and desire for social solidarity even among the frequently argumentative scientific community, carry a very different weight. You used the term "prudence." I would like to take that word as a jumping off point and speak to the issue of risk communication, which was one of the themes in the report.

There is clearly an art form, in which those of us in the quiet groves of the academy are not necessarily schooled, in sharing information with the public and with practitioners during an outbreak. There are risks. There are uncertainties and threats. Matters that are best hammered out in the boardroom of a scientific institution may not necessarily be best aired as public speculation.

tellement bien le reste du sujet. C'est même extrêmement important, parce que le laboratoire de Winnipeg devrait être le vaisseau amiral de tous les autres laboratoires de santé publique au pays.

Il possède toutes les qualités pour réussir. Il a des chercheurs exceptionnels, d'excellentes installations et il est situé à proximité d'un laboratoire de recherche en santé animale. Il est unique en son genre sur ce point. Il jouit désormais d'un bon soutien de la part de Santé Canada. Le financement s'est amélioré avec les années. Nous pourrions faire un certain nombre de recommandations susceptibles de l'aider à jouer son rôle important en matière de santé publique.

Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

**Le Dr Naylor:** Merci beaucoup, sénateur, pour vos remarques élogieuses au sujet de notre rapport ainsi que pour vos observations très pertinentes.

D'une part, mon instinct me dit que les responsables du Laboratoire national de microbiologie seraient mieux placés pour réagir à bon nombre des critiques qui sont faites à l'endroit du laboratoire. Les réponses à certaines critiques précises se situent dans la sphère de responsabilité des autorités actuelles du Laboratoire. Par ailleurs, je suis convaincu qu'il me revient de répondre à quelques-unes des remarques plus générales que vous avez faites, parce qu'elles ont une incidence directe sur l'avenir de la santé publique dans ce pays.

Commençons par la remarque comme quoi les dirigeants du LNM auraient déclaré que le coronavirus n'était aucunement responsable du SRAS. À ce qu'il me semble, ces déclarations étaient, premièrement, qu'il était trop tôt pour affirmer quoi que ce soit avec certitude, et deuxièmement, qu'un métapneumovirus était apparu dans certains spécimens et aurait pu être la cause.

Il est intrigant que des déclarations qui sont l'expression appropriée de l'incertitude scientifique, en plein cœur d'une épidémie, et qui traduisent des préoccupations au sujet de la communication des risques et le désir d'exprimer la solidarité sociale, même au sein de la communauté scientifique souvent marquée par la controverse, aient eu un poids très différent. Vous avez utilisé le terme «prudence». J'aimerais me servir de ce mot comme point de départ pour aborder la question de la communication des risques qui était justement l'un des thèmes de notre rapport.

Il me semble que ce soit véritablement une forme d'art pour laquelle nous, qui évoluons dans les sphères silencieuses des universités, ne sommes pas nécessairement bien éduqués, un art qui consiste à communiquer l'information au grand public et aux praticiens durant une épidémie. Il y a des risques. Il y a des incertitudes et des menaces. Il y a des questions qui sont mieux débattues dans les salles de conférences d'une institution scientifique que sur la place publique où elles donnent libre cours à toutes les interprétations.



This speaks to a broader issue. We need to have a communication strategy. We need to be able to have, in the background, absolutely brilliantly informed and intellectually honest debates about that with which we are dealing.

We should share our uncertainties to some degree with the public, because the public deserves our respect. They are able to understand risk better than we give them credit for. They can manage uncertainty, as long as they know something is being done about it and there is a set of actions they can take. However, making the call on what uncertainties should be shared is something that requires judgment and training.

On the issue of reagents not being shared, I would urge that those questions be put elsewhere. I am not aware of the specifics. I want to speak to this broader question of the reference laboratory role.

During SARS, we saw various hospital laboratories doing tests because the central public health laboratory in Ontario was overwhelmed. The result is that we had different laboratories using different reagents developed locally to test for SARS. This, in turn, can lead to quality control issues. It also undermines our ability to gather information because there is no centralized database.

This hospital has a few patients with the clinical and laboratory data and another hospital has a few patients with clinical and laboratory data, but no one is pulling the two together.

We have strongly urged that the Canadian Public Health Laboratory Network be strengthened and given a much more formal role in laboratory quality control and coordination. In so doing, we will empower provincial and private hospital laboratories to take a greater role in creating this kind of reference laboratory function for the NML and for some of the provincial labs. It will create a two-way street. That is currently the intention of the CPHLN and I think the kinds of criticisms you bring forward need to be incorporated into reforms of and enhancement to what is basically a sound structure and a very good idea.

Last, on the role of the NML in the Surrey nursing home outbreak, I am drawn back to my initial comments about the way in which one puts information out. Outbreaks are science in a fishbowl. I can only speak personally, senator. I watched the CBC coverage and I heard a colleague for whom I have the highest regard say that there are some similar sequences and this could be SARS. I did not hear a definitive statement that this was an entire genetic sequence that made us scientifically certain that this was

Cette question en cache une autre beaucoup plus vaste. Il nous faut une stratégie de communication. Nous devons être capables d'avoir, en arrière-plan, des débats brillamment informés et intellectuellement honnêtes sur les questions qui nous préoccupent.

Nous devrions communiquer nos incertitudes au public dans une certaine mesure parce qu'il mérite notre respect. Les gens sont capables de comprendre les risques mieux que nous le croyons. Ils sont capables de gérer l'incertitude, du moment qu'ils savent que l'on s'attaque au problème et qu'eux-mêmes peuvent prendre certaines mesures. Toutefois, décider dans quelle mesure les incertitudes doivent être communiquées exige un certain jugement et du doigté.

En ce qui concerne la question des réactifs qui n'auraient pas été communiqués, je vous suggère fortement de la poser à d'autres témoins. Je ne suis pas au courant des détails. Mais je veux bien parler de la question plus large du rôle d'un laboratoire de référence.

Durant l'épidémie de SRAS, nous avons vu divers laboratoires d'hôpitaux faire des tests parce le laboratoire central de santé publique de l'Ontario était débordé. Il en est résulté que divers laboratoires ont utilisé des réactifs différents mis au point localement en vue de faire les tests pour le SRAS. Cette façon de procéder risque d'entraîner des problèmes de contrôle qualité. Elle affaiblit en outre notre capacité de recueillir de l'information parce que nous ne disposons pas de base de données centralisée.

On se retrouve dans la situation où un hôpital examine quelques patients et obtient des résultats de la clinique et du laboratoire, et un autre hôpital a lui aussi quelques patients sous observation et obtient des résultats de la clinique et du laboratoire, mais ces données ne sont pas fusionnées.

Nous avons beaucoup insisté pour que le Réseau canadien des laboratoires de santé publique soit renforcé et qu'on lui accorde un rôle plus officiel en ce qui concerne le contrôle qualité et la coordination des laboratoires. Ainsi, nous autoriserions des laboratoires provinciaux et des laboratoires privés d'hôpitaux à assumer un rôle plus important en créant cette sorte de fonction de laboratoire de référence pour le LNM et pour certains laboratoires provinciaux. Ainsi, l'information pourrait circuler dans les deux sens. C'est actuellement dans les intentions du RCLSP, et je pense que les critiques du genre de celle que vous venez de formuler doivent être prises en compte dans le cadre des réformes et des améliorations à ce qui est fondamentalement une structure saine et une très bonne idée.

Enfin, en ce qui concerne le rôle du LNM, au cours de la flambée survenue dans le centre d'accueil de Surrey, je reviens à mes premiers commentaires au sujet de la manière dont l'information devrait être communiquée. Les flambées de cas de maladie mettent la science sur la sellette. Je ne peux parler qu'à titre personnel, sénateur. J'ai suivi la couverture que Radio-Canada a réalisée de l'événement et j'ai entendu un collègue pour lequel j'ai la plus haute estime dire qu'il y avait des similitudes et



the SARS corona virus. I winced because I could imagine how this would be interpreted.

I am drawn back again to the view that we have to learn how to put information in play so that scientific uncertainty is acknowledged without inadvertently creating confusion.

**Senator Callbeck:** I want to congratulate you on a comprehensive report that is very easy for the layperson to understand. I commend you for that as well.

You have many recommendations before us. If these recommendations were implemented and if there were a SARS outbreak in my province of Prince Edward Island, what would happen? Who would declare a state of emergency and who would mobilize the resources?

**Dr. Naylor:** May I ask a few questions to clarify the dimensions of the outbreak before I answer you? Is the outbreak confined to Prince Edward Island?

**Senator Callbeck:** Let us look at it both ways. It is confined to Prince Edward Island and it is not.

**Dr. Naylor:** First, in this imaginary and positive alternative universe, when the next SARS begins to emerge, alerts will be sent out widely. The first time that it turns up in Berlin or Singapore or anywhere, there will be a series of alerts worldwide saying that virus X or bacterium B is on the move.

Those alerts would rapidly filter through the Canadian public health and health care systems. Your medical officers of health and your health care leaders would both have immediate alerts from the Canadian agency for public health and the desk of the chief public health officer saying that there is a problem.

If it were a known agent, there would be a well-understood and agreed protocol as to what should be done. There would be a common set of business processes on how to respond. Therefore, instead of making it up as they went along, these individuals would have the comfort of knowing that there was a national consensus, if you will, on best practices, and they would be able to follow those.

Because there would be cross-discussions between jurisdictions and some understanding of the strategies to be used, they would also have had time to think through the unique challenges of battling an outbreak on an island and in a jurisdiction where some of the tertiary resources are not in place. They may have decided that individuals should be moved in a collaborative arrangement to, perhaps, the Queen Elizabeth II Hospital. They may have an understanding of where exactly the negative pressure rooms were in available hospitals and have a whole protocol to determine that a patient go from the emergency room contained area to a negative pressure room for observation, and if there is deterioration, the patient would be transferred to Nova Scotia,

qu'il pourrait s'agir du SRAS. Je n'ai pas entendu de déclaration formelle comme quoi on une séquence génétique entière nous garantissait sur le plan scientifique qu'il s'agissait bien du coronavirus du SRAS. J'ai tiqué parce que j'imaginais facilement comment cette déclaration pouvait être interprétée.

Ce qui me ramène à cette opinion comme quoi nous devrions apprendre à gérer l'information afin que l'on puisse admettre l'incertitude scientifique sans pour autant créer de la confusion.

**Le sénateur Callbeck:** Je tiens à vous féliciter pour un rapport complet qui est très facile à comprendre par des profanes. Je vous rends hommage pour cela aussi.

Vous nous avez présenté un grand nombre de recommandations. Si ces recommandations étaient mises en oeuvre et s'il y avait une flambée du SRAS dans ma province, l'Île-du-Prince-Édouard, que se passerait-il? Qui déclarerait l'état d'urgence et qui mobiliserait les ressources?

**Le Dr Naylor:** Puis-je vous poser quelques questions afin de préciser l'ampleur de la flambée avant de vous répondre? Est-ce que l'épidémie est limitée aux frontières de l'Île-du-Prince-Édouard?

**Le sénateur Callbeck:** Envisageons le problème sous deux angles différents. Oui, elle est limitée à l'Île-du-Prince-Édouard, et non, elle ne l'est pas.

**Le Dr Naylor:** Tout d'abord, dans cet univers imaginaire et positif, lorsque l'on détectera l'éclosion du SRAS, des alertes seront transmises sur une grande échelle. Dès qu'elle surviendra à Berlin ou à Singapour ou ailleurs, une série d'alertes seront lancées dans le monde entier comme quoi le virus X ou la bactérie B sont en marche.

Ces alertes feront rapidement leur chemin à l'intérieur des systèmes de santé publique et de soins de santé du Canada. Les médecins hygiénistes et les dirigeants des établissements de soins de santé recevraient immédiatement des messages d'alerte de la part de l'Agence canadienne de santé publique et du bureau du médecin hygiéniste en chef les informant qu'il y a un problème.

S'il s'agissait d'un agent connu, alors on suivrait un protocole bien compris et connu de ce qu'il faut faire. Il y aurait un ensemble commun de processus à suivre sur la manière d'intervenir. Ainsi, plutôt que d'improviser au fur et à mesure, les responsables seraient rassurés de savoir qu'il y a un consensus national, en quelque sorte, sur les pratiques exemplaires, et ils seraient en mesure de les suivre.

Étant donné qu'il y aurait des discussions entre les autorités compétentes et une certaine compréhension des stratégies à utiliser, on aurait eu aussi le temps de réfléchir au défi particulier que présente la lutte contre une épidémie sur une île et dans une région où certaines ressources tertiaires sont absentes. On pourrait avoir décidé du déplacement de certaines personnes, dans des endroits comme, par exemple, l'Hôpital Queen Elizabeth II, dans le cadre d'ententes de collaboration. Les autorités sauraient exactement où se trouvent les zones de pression négative dans les hôpitaux disponibles, et on aurait mis en place un protocole complet visant à déterminer qu'un patient est acheminé d'une zone restreinte de la salle des urgences jusqu'à une



because a complete understanding would be in place beforehand that that would be done. We would transfer them in a secure and safe way so that ambulance paramedics transporting them are not put at risk. All the protocols would be worked out beforehand.

If it were a new agent, then you would expect that there would be rapid support from the Canadian agency for public health. The Government of Prince Edward Island would call for help. It would be understood that there are protocols for collaboration and the national agency would be in place to quickly provide support on the ground according to understood processes and protocols. Help could be called in.

If things began to spread, you would have surge capacity in the form of health emergency response teams. They would be brought in from other jurisdictions. They would be already set and mandated to help. They would be epidemic response teams that could cover public health functions or clinical care functions. They would be ready to go in advance. The licensing issues would be sorted out. The malpractice premium issues would be sorted out. They would come in within hours to help your people out.

If the outbreak spread and you needed additional support from the standpoint of public health, there would be reciprocal agreements with other provinces to send in public health nurses and quarantine officers, and you would have the on-the-ground support at the community level that would also help you to manage the outbreak.

A combination of factors: Better technical support from the federal government, agreed processes and plans and reciprocal agreements with other jurisdictions through the national network for communicable disease control. This would not be a situation in which we would simply write in a blank book. Everything would be in place. There would still be gaps to be filled in and things to be understood and investigated, but you would have the protocols and processes that you needed in Prince Edward Island to fight the outbreak.

**Senator Callbeck:** The agency would make the decision on whether human resources would come in.

**Dr. Naylor:** No. The health emergency response team concept that is being developed by the Centre for Emergency Preparedness and Response, with this national network, is clear that in an emergency, the jurisdiction would call in the emergency response team. Depending upon the nature of the threat, this would be funded by the jurisdiction that called in the response team, or it would be co-funded. If we were dealing with a national emergency, at that juncture you would be looking to the federal leadership. If multiple provinces were involved, then a clear

chambre ventilée par aspiration pour être mis sous observation, et si sa situation se détériore, il serait transféré en Nouvelle-Écosse, parce qu'une entente complète aurait été mise en place au préalable comme quoi c'est ainsi que les choses devraient se passer. Nous pourrions transférer les patients en toute sécurité et sans mettre les ambulanciers en danger. Tous les protocoles seraient mis à l'épreuve auparavant.

S'il s'agissait d'un nouvel agent, alors on pourrait s'attendre à obtenir un soutien rapide de la part de l'Agence canadienne de santé publique. Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard demanderait de l'aide. Il serait entendu qu'il existe des protocoles de collaboration et l'agence nationale interviendrait rapidement pour offrir son aide sur le terrain, conformément aux processus et protocoles adoptés. On pourrait demander des renforts.

Si l'épidémie se propageait, nous pourrions compter sur une capacité de pointe qui se présenterait sous la forme d'équipes d'interventions sanitaires d'urgence. Ces équipes proviendraient des autres administrations. Elles seraient déjà mises sur pied et auraient une mission définie. Il s'agirait d'équipes d'interventions en cas d'épidémies spécialement formées pour s'acquitter de fonctions liées à la santé publique ou aux soins cliniques. Elles seraient déjà prêtes à intervenir. Les questions liées aux octrois de permis ainsi que celles qui touchent aux primes d'assurance en cas de faute professionnelle auraient été réglées au préalable. En l'espace de quelques heures, ces équipes viendraient vous prêter main forte et vous aider à intervenir auprès de votre population.

Si l'épidémie se répandait et si vous aviez besoin d'un soutien additionnel du point de vue de la santé publique, des ententes réciproques avec d'autres provinces prévoiraient l'envoi d'infirmières de la santé publique et d'agents de quarantaine, et vous disposeriez également d'un soutien sur le terrain à l'échelle communautaire pour vous aider à gérer l'épidémie.

Une combinaison de facteurs: un meilleur soutien technique de la part du gouvernement fédéral, des processus et des plans sur lesquels on s'est déjà entendu et des accords de réciprocité entre les autorités par l'entremise du réseau national de lutte contre les maladies transmissibles. On ne se retrouverait pas dans la situation où il faut créer de toutes pièces. Au contraire, les mécanismes seraient déjà en place. Il y aurait toujours des écarts à combler et des aspects à comprendre et à étudier, mais au moins vous pourriez compter sur les protocoles et les processus nécessaires à l'Île-du-Prince-Édouard pour combattre l'épidémie.

**Le sénateur Callbeck:** C'est l'agence qui prendrait la décision de faire appel à des ressources humaines.

**Le Dr Naylor:** Non. Le concept de l'équipe d'intervention sanitaire qui est en cours d'élaboration par le Centre des mesures d'urgence, avec son réseau national, est très clair: dans une situation d'urgence, c'est l'autorité compétente qui fait appel à l'équipe d'intervention d'urgence. Selon la nature de la menace, cette intervention serait financée par l'autorité qui y a fait appel, ou alors elle serait cofinancée. S'il s'agissait d'une urgence nationale, alors il faudrait s'attendre à ce que le gouvernement fédéral prenne la direction des activités. Si plusieurs provinces



mandate from new health emergency legislation would dictate that the chief public health officer would give the go-ahead and would provide the command structure for the whole country.

There is a need for clarity on the legislative side about when to trigger a move to a federal command and control structure. Obviously, it has to be a major threat in multiple provinces, but otherwise, the province would call in the help and it should be in place.

**Senator Cordy:** One of your recommendations is for one hospital in each region to deal with the outbreaks. Would that apply to the smaller provinces, such as those in the Atlantic region?

**Dr. Naylor:** We have recommended that one hospital in some regions is fine, but in other regions, because of the population density, you might have two or three institutions that are the leads.

The particular challenge is with both the physical infrastructure and the human resources. In some case, we need the physical infrastructure — the negative pressure hospital rooms, the anteroom so that one can gown and deal with the precautions in a closed space before entering the room or going out into the public spaces.

You also need in the same institution staff with an understanding of the special nature of the threat, and who are continually being educated to stay abreast of infection control issues. Where you have the firepower concentrated in some measure, we need to deal with patients who may be sick with a variety of highly contagious illnesses, and better protect the health care workers and allow them to care for the patients.

Whether it is one hospital, or three or four in more densely populated areas, we are emphasizing that we need to have some sense of who is ready to step in, and they need to be prepared.

**Senator Callbeck:** I have one other question. It will take considerable time to implement these recommendations. What do you recommend for short-term measures?

**Dr. Naylor:** We have given a number of immediate-term recommendations in the report. They are quite specific. They are on page 213, section 12(a) under “Preparing for the Respiratory Virus Season.” We are already into the season of colds and influenza. We have put down a number of recommendations for relatively urgent action, and we can only hope that these will be taken seriously and acted on.

**Senator Keon:** Thank you, Dr. Naylor. It is wonderful that this report has come out and been accepted by virtually everyone. I thought you were being your usual clever self at the press

étaient en cause, alors il faudrait qu’un mandat clair émane de la nouvelle loi sur les urgences sanitaires et précise clairement que c’est le médecin hygiéniste en chef qui donne le feu vert et fournit la structure de commandement à l’échelle du pays.

Il faut que la loi précise clairement dans quelles circonstances il faut passer à une structure de commandement et de contrôle fédérale. De toute évidence, il faut que la menace frappe plusieurs provinces, mais autrement, la province visée s’occuperait elle-même de faire appel aux ressources, et celles-ci seraient déjà en place.

**Le sénateur Cordy:** L’une de vos recommandations demande qu’un hôpital soit désigné dans chaque région pour s’occuper des épidémies. Est-ce que cela s’appliquerait aussi aux petites provinces, comme celles de la région Atlantique?

**Le Dr Naylor:** Nous avons recommandé qu’un seul hôpital soit désigné dans certaines régions, mais dans d’autres, en raison de la densité de population, il pourrait y avoir deux ou trois institutions chargées de jouer le rôle de chef de file.

Le défi particulier porte à la fois sur l’infrastructure matérielle et sur les ressources humaines. Dans certains cas, il nous faut une infrastructure matérielle — en l’occurrence, des chambres à pression négative, des antichambres où les intervenants peuvent s’habiller et prendre les précautions d’usage dans un espace fermé avant d’entrer dans la pièce ou de se diriger vers les espaces publics.

Il faut également prévoir dans la même institution du personnel bien au fait de la nature particulière de la menace, et qui se tient continuellement à jour en ce qui concerne les questions liées à la lutte contre l’infection. Même si, dans une certaine mesure, la force de frappe est concentrée, il faut néanmoins pouvoir s’occuper de patients pouvant être atteints d’un éventail de maladies très contagieuses et en même temps, assurer une plus grande protection aux travailleurs de la santé et leur permettre de prendre soin des patients.

Peu importe que l’on ait désigné un seul hôpital ou trois ou quatre dans une région plus densément peuplée, nous insistons sur le fait qu’il faut avoir déterminé auparavant qui sera prêt à intervenir, et avoir pris les moyens pour former les intervenants.

**Le sénateur Callbeck:** J’ai une autre question. Il faudra beaucoup de temps pour mettre en oeuvre ces recommandations. Quelles sont vos recommandations en ce qui concerne les mesures à court terme?

**Le Dr Naylor:** Dans notre rapport, nous avons fait des recommandations à mettre en oeuvre immédiatement. Elles sont très précises. Elles figurent à la page 219, section 12A, sous la rubrique «Préparation à la saison des virus respiratoires». Nous sommes déjà dans la saison des rhumes et de la grippe. Nous avons donc fait un certain nombre de recommandations concernant des mesures relativement urgentes, et nous ne pouvons qu’espérer qu’elles seront prises au sérieux et qu’on les mettra en application.

**Le sénateur Keon:** Merci, docteur Naylor. Il est assez fantastique que dès sa sortie ce rapport ait été accepté par pratiquement tout le monde. Je pense que vous vous êtes montré à



conference in Toronto in saying much of this is 10 years old. It had a great impact, and we must now get on and implement these ideas. Many of the ideas have been around for a long time.

The section to which you just referred includes some interim measures, but not the structural framework that you are seeking in the big picture. If we here in the Senate committee were to do something useful, it would be to lay out a critical path of implementation of your report and put some numbers and dollar signs on it in order that it become a pragmatic approach to a massive problem.

Having said that, I wonder if you would do a walk-through and give the highlights of the critical path of implementation. What things have to be in place first before we do something else if this is to work and then what things could follow a little later?

**Dr. Naylor:** It is very hard for me to set out the steps in specific order because reasonable people will disagree about whether it is B or A that should be first. Certainly at the committee level, we had considerable discussion around the first steps. Aside from the occasional moment when we threw up our hands and said, "All of this should have been done yesterday," we did have some general agreement. I want to emphasize that this is difficult.

The first major part is the immediate recommendations. We are into the cold and flu season and we need to take some action. We need to be ready. We do not know whether SARS will come back. We do know, as we saw with the Surrey outbreak, that there will be many false alarms. There will be illnesses that look like SARS and hospitals will be inclined to put infected people into respiratory isolation and to put the staff who dealt with those patients, perhaps without protection, into isolation.

We need a series of protocols to minimize the upset and confusion in the health care system and in the public health system during this upcoming winter respiratory virus season. That is job one.

I emphasize it in part because I have heard it said that the public health and health care systems, certainly in Toronto, are still in the throes of post-traumatic stress syndrome. We have many individuals who rode a tremendously emotional roller coaster during this outbreak. There was a real threat of the unknown when this virus first appeared. There was tremendous anxiety and stress from seeing colleagues fall ill and patients die at a high case-fatality rate. There was relief when it appeared that it had been contained and a real trough of despair when the second wave of the outbreak hit us.

la hauteur de votre réputation lors de la conférence de presse de Toronto lorsque vous avez affirmé qu'une bonne partie de ces recommandations avaient déjà dix ans. Cette déclaration a eu beaucoup d'impact, et nous devons maintenant retrousser nos manches et nous mettre au travail pour que ces idées se concrétisent. Bon nombre d'entre elles circulent déjà depuis longtemps.

La section à laquelle vous venez de faire référence comprend quelques mesures provisoires, mais pas le cadre structurel que vous avez envisagé dans l'ensemble. Si nous voulions ici même au Sénat nous rendre utiles, nous pourrions élaborer un chemin critique de la mise en oeuvre de votre rapport et y inscrire des montants afin qu'il devienne une démarche pragmatique en vue de résoudre un problème de grande ampleur.

Ceci étant dit, je me demande si vous ne pourriez pas nous présenter un petit tour d'horizon et nous préciser les faits saillants de ce chemin critique de la mise en oeuvre. Quelles sont les choses à mettre en place avant quoi que ce soit d'autre si nous voulons que tout ce processus donne de bons résultats, et quelles sont celles qui pourraient être implantées un peu plus tard?

**Le Dr Naylor:** Il m'est très difficile de vous donner les étapes dans un ordre précis parce que des gens raisonnables pourraient ne pas être d'accord avec l'idée que ceci doive se passer en premier ou en deuxième. Il est certain qu'au sein du comité, nous avons abondamment discuté de ce que devraient être les premières étapes. Mis à part toutes les fois où nous avons levé les bras au ciel pour dire «Tout ceci aurait déjà dû être fait depuis longtemps», nous en sommes néanmoins arrivés à un certain consensus général. Je tiens à vous dire que cet exercice est difficile.

La première partie importante concerne les recommandations à mettre en oeuvre dans l'immédiat. Nous sommes dans la saison des rhumes et des gripes et il faut prendre des mesures. Nous devons nous tenir prêts. Nous ignorons si le SRAS frappera de nouveau. Par contre, nous savons très bien, parce que nous l'avons vu avec la flambée de Surrey qu'il y aura de nombreuses fausses alarmes. Des maladies ressembleront au SRAS et les hôpitaux voudront mettre les personnes infectées en isolement respiratoire et également, mettre en quarantaine le personnel ayant eu des contacts avec ces patients, peut-être sans protection.

Il nous faut une série de protocoles visant à réduire au minimum le dérangement et la confusion au sein du système de soins de santé et de santé publique durant la prochaine saison hivernale du virus respiratoire. C'est la priorité numéro un.

J'insiste sur ce point parce que j'ai entendu dire que les systèmes de santé publique et de soins de santé, en tout cas à Toronto, sont encore sous le choc du syndrome de stress post-traumatique. Beaucoup de gens sont passés par toute la gamme des émotions durant cette épidémie. Il planait vraiment une menace de l'inconnu lorsque ce virus est apparu pour la première fois. On a ressenti énormément d'anxiété et de stress en voyant des collègues tomber malades et des patients décéder et à un rythme qui a fait grimper le taux de mortalité clinique. On a ressenti un certain soulagement lorsqu'on a cru que le virus avait été contenu, suivi d'une vague de désespoir lorsque la deuxième vague est venue frapper.



SARS 3 could have a devastating impact. We also have to prevent false alarms that could be demoralizing. This is the first set of priorities.

This is the set of action items that are as much in the bailiwick of the provinces and health regions as they are that of the federal government, but the federal government can do some things, as we said here.

The second major area of activity that we would recommend would be to push forward on two fronts in parallel. One front is the machinery around the agency. Obviously, we are not experts in machinery of government and can only provide so much advice on that front. We have spoken of a legislated service agency, but we would be remiss if we pretended that we are in a position to define all the steps that might be taken to get there faster.

At the same time, I do feel that we have to get there. We need an action plan to move towards an agency, because without a focal point and without strong leadership, much of what is here will simply fester in the bureaucracy. It will not get done.

There is a parallel track, because the challenge is to avoid having all the energy drawn off into creating the agency when there are some other things that need to be done in the medium term.

First, we must have much better surveillance. We need to improve and coordinate our surveillance systems, particularly for infectious diseases. In turn, that means we need to improve the alert systems back to the public health and clinical systems.

We need to have the machinery of the network for communicable disease control up and running, and we do not need an agency to do that. We need to draw together the relevant experts from public health, interweave them with health care experts and get on with a national network to think through the business processes for data sharing and how to fight multi-jurisdictional outbreaks more effectively.

Eventually, that will flow into the third stage, which involves things such as legislative review to harmonize and improve health emergency legislation. That is longer term.

The agency can be helpful there, but I only want to go as far as that second pair of steps; let us get the agency rolling, but not spend so much time and energy doing that that we are sidetracked from the fact that there are some medium-term things that we do have to spend some energy on if we are to be better prepared.

L'épisode 3 du SRAS pourrait avoir des effets dévastateurs. Nous devons également empêcher les fausses alarmes qui pourraient être démoralisantes. C'est notre premier ensemble de priorités.

Donc, il s'agit de l'ensemble de mesures à prendre qui sont tout autant du ressort des provinces et des régions sanitaires, que du gouvernement fédéral, mais le gouvernement fédéral peut faire certaines choses, comme nous l'avons déjà mentionné.

Le deuxième grand secteur d'activité dont nous recommanderions la mise en oeuvre consisterait à exercer des pressions sur deux fronts en parallèle. L'un de ces fronts concerne les rouages autour de l'agence. De toute évidence, nous ne sommes pas des experts dans les rouages gouvernementaux et ne pouvons pas fournir des avis très éclairés sur le sujet. Nous avons parlé d'une agence de service imposée par la loi, mais nous serions mal venus de prétendre que nous sommes bien placés pour définir toutes les étapes à suivre pour atteindre plus rapidement notre objectif.

Par ailleurs, j'ai vraiment le sentiment que c'est la voie à suivre. Il nous faut un plan d'action en vue d'en arriver à la mise sur pied d'une agence, parce que sans point de référence et sans un leadership fort, une bonne partie de nos recommandations seront noyées dans la bureaucratie. Elles ne verront jamais le jour.

Il y a une voie parallèle, parce que le défi consiste à éviter que toute l'énergie soit drainée dans la création de l'agence, alors qu'il y a tellement d'autres choses à faire à moyen terme.

Premièrement, il faut améliorer la surveillance. Il faut améliorer et coordonner nos systèmes de surveillance, en particulier en ce qui concerne les maladies infectieuses. En outre, cela signifie que nous devons aussi améliorer les systèmes d'alerte et remonter jusqu'aux systèmes de santé publique et cliniques.

Il faut que les rouages du réseau de lutte contre les maladies transmissibles soient mis en place, et nous n'avons pas besoin d'une agence pour faire cela. Il nous faut tout simplement réunir les experts compétents dans le domaine de la santé publique, et les mettre en rapport avec ceux des soins de santé, et aller de l'avant avec la création d'un réseau national chargé de réfléchir en profondeur aux méthodes à retenir pour effectuer l'échange de données et lutter plus efficacement contre les flambées de maladies qui surviennent dans plusieurs administrations gouvernementales simultanément.

Au bout du compte, cela nous amènera à la troisième étape qui comporte des aspects comme l'examen de la législation en vue d'harmoniser et d'améliorer les lois sur les urgences sanitaires. Il s'agit d'interventions à long terme.

Dans ce cas précis, l'agence pourrait être utile, mais je ne veux pas aller au-delà de ces deux étapes. Commençons par mettre l'agence en route, mais ne consacrons pas tellement de temps et d'énergie à faire cela qu'on en oublie qu'il y a des étapes intermédiaires auxquelles nous devons penser si nous voulons être mieux préparés.



**Senator Cook:** This is a time for opportunity. It is reasonable, when we look at opportunity, to look at the current strengths and weaknesses and build on them. I see in the present system the strengths of a group of well-trained public health officials. We do have a corporate memory of an integrated public health system even though since the 1970s we thought we had it all fixed and did not need to focus on the infectious disease part.

We have a public health act in each province. However, looking at where we are now, we have decentralized our public health system and accountabilities. The new diseases are emerging at a rapid rate. There is a whole host of things that I try to wrap my mind around, but I see here a role for this committee, with advice from people like you. I did not have time to read your entire report. I went to chapter 12 and looked at your recommendations.

Senator Keon asked you to rate the recommendations in terms of what we should do first. I suppose the first thing we should do is get the flu shot and hope it is the right one. We need changes to our Canada Health Act. Public health has to be included in our provincial funding formula, along with the establishment of schools of public health. I know there are schools, but an enhanced curriculum is needed. These are some of the things that we can do now that will not cost a significant amount of money. It will come down to dollars and cents to do what we need to do for our people.

I can illustrate that by telling you a story. I met a couple of colleagues when I was home a couple of weeks ago and I said, "What will we do if SARS comes? We have one tertiary hospital." One said: "Do not worry, we have our public health system, we have our protocols and our plan, we are okay. However, Joan, we need you." I said: "What for?" She said: "We need a dedicated funding formula." With all of the information that we are receiving here, I think we can help as a Senate committee by addressing the legislative weakness and making sure that the funding comes through, because we cannot be all things to all people.

I would like you to respond to that. If we are to be partners in a process — and there are a number of us with different skills — and to embrace this opportunity, I would like to hear your comments.

**Dr. Naylor:** I certainly agree with what you said about federal support to galvanize and enhance public health activities at the

**Le sénateur Cook:** Nous avons là une excellente opportunité. Il est raisonnable, lorsque l'on pense à cette opportunité, d'examiner les forces et les faiblesses actuelles et de partir de là. Je vois dans le système actuel les forces d'un groupe de fonctionnaires de la santé publique compétents. Nous pouvons également compter sur la mémoire générale d'un système de santé publique intégré, même si, depuis les années 70, nous donnons l'impression d'avoir cru que nous avions réglé tous les problèmes et avons négligé le domaine des maladies infectieuses.

Il y a une loi sur la santé publique dans chaque province. Toutefois, si on considère la situation actuelle, nous avons décentralisé notre système de santé publique et les responsabilités connexes. Les nouvelles maladies voient le jour à une vitesse rapide. Il y a tout un éventail de choses que je m'efforce de résumer, mais je vois en tout cas un rôle pour ce comité, avec les conseils de personnes telles que vous. Je n'ai pas eu le temps de lire votre rapport en entier. Je suis allé directement au chapitre 12, et j'ai jeté un coup d'oeil sur vos recommandations.

Le sénateur Keon vous a demandé de décrire dans quel ordre vos recommandations devraient être appliquées. Je suppose que la première priorité serait d'aller se faire vacciner contre la grippe et d'espérer que l'on a reçu le bon vaccin. Nous devons modifier la Loi canadienne sur la santé. La santé publique doit être incluse dans notre formule de calcul de l'aide aux provinces, de même que l'établissement d'écoles pour l'enseignement de la santé publique. Je sais que des écoles existent déjà, mais il nous faut un meilleur programme de cours. Il y a certaines choses que nous pouvons faire dès maintenant et qui ne coûtent pas tant d'argent que cela. Finalement, pour arriver à faire le nécessaire, la seule contrainte se résume à une question d'argent.

Je peux illustrer ce que j'avance en vous racontant une anecdote. J'ai rencontré quelques collègues pendant que j'étais à la maison, il y a quelques semaines de cela, et je leur ai dit: «Que ferons-nous si le SRAS frappe de nouveau? Nous n'avons qu'un seul hôpital de soins tertiaires.» L'une d'elles a répondu: «Ne t'en fais pas, nous avons toujours notre système de santé publique, nous avons nos protocoles et nos plans, il n'y a pas à s'inquiéter. Mais, Joan, nous avons besoin de toi.» Et j'ai demandé: «Pourquoi?» Et mon amie a répondu: «Il nous faut une formule de financement particulier.» Avec toute l'information qui nous est fournie ici, je pense que nous pouvons être utiles en tant que membres d'un comité sénatorial en nous attaquant aux faiblesses de la législation et en nous assurant que le financement arrive à destination, parce que nous ne pouvons pas répondre aux besoins de tous et chacun.

J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet. Si nous devons collaborer dans le cadre d'un processus — et certains d'entre nous possèdent diverses compétences — et si nous décidons de saisir cette occasion, j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Le Dr Naylor:** Je suis tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites que le financement du gouvernement fédéral est



provincial and regional level. I just want to provide a perspective on a couple of the specifics in your remarks.

First is the question of whether we need to change the Canada Health Act to include public health more squarely. We considered as a committee whether that would be a way forward but did not feel that given the health care focus of the act, we needed to embed public health there. In fact, one of the committee members cautioned that in so doing we might find that the clinical dragon would eat up public health again, as so often happens.

We certainly agree with your sentiment that legislative renewal of some type is part of this equation. There is a chapter on legal issues in which we had excellent constitutional input from a legal expert, Sujit Choudhry. I wish to emphasize that a lot of that chapter is from Sujit Choudhry's pen. I am sure my editing has done damage to his fine prose but he deserves the credit for the fine constitutional work in the document.

The second point is that we have a public health act. Some of the decentralization has led to diffused accountability. There needs to be continuing work on defining the best practices and structures for delivering public health programs. There is probably no one-size-fits-all. We know how diverse the country is. We know that the culture and context varies by provinces and territories so that there will be differences.

Observers in Ontario informed us that the municipalization of public health in that province meant that half the funding was coming from the municipalities and a very strong local approach led to lack of coordination during the outbreak response.

Of course, public health is, in the first instance, local. You need to build it up locally from the front lines. It needs to be embedded in communities. You need medical officers of health and public health nurses who understand their communities intimately, but you do need coordination and a whole set of processes to draw the system together. We would agree with you that that is extremely important.

On the question of a funding formula, we have proposed something very much along the lines of the Australian and U.S. precedents. We are imagining a very strategic approach, rather than putting a large pot of money on the table that people can fight about and having the accountability vested in broad indicators in relation to that money. The agency itself holds funds that flow out to the provinces, so that the chief public health officer of Canada would be sitting down with the chief public health officer of Newfoundland and saying, "Why do you not

nécessaire pour galvaniser et stimuler les activités de santé publique, tant au niveau provincial que régional. Je veux seulement vous donner mon point de vue sur quelques aspects précis de votre remarque.

D'abord, il y a la question de savoir s'il y a lieu de modifier la Loi canadienne sur la santé pour que la santé publique y prenne plus de place. En tant que membres du comité, nous avons tenté de déterminer si en agissant ainsi on ferait avancer les choses, mais nous n'avons pas trouvé qu'étant donné le centre d'intérêt de la loi, qui porte sur les soins de santé, il était nécessaire d'y intégrer la santé publique. De fait, l'un des membres du comité nous a prévenu qu'en agissant ainsi on risquait de voir le dragon des systèmes cliniques dévorer encore une fois la santé publique, comme cela se produit si souvent.

Il est certain que nous approuvons votre sentiment comme quoi un certain type de renouvellement fait partie de l'équation. Dans notre rapport, il y a un chapitre sur les aspects juridiques pour lequel nous avons pu compter sur un spécialiste, Sujit Choudhry. Je tiens à mentionner qu'une bonne partie de ce chapitre est de la plume de Sujit Choudhry. Je suis sûr que mes corrections ont causé des préjudices à sa prose, mais il mérite le crédit pour les aspects constitutionnels de notre document.

Le deuxième point est que nous disposons d'une loi sur la santé publique. En décentralisant en partie, on a eu pour effet de diluer la reddition de comptes. Il faut continuer à travailler sur la définition des pratiques exemplaires et des structures destinées à assurer la prestation des programmes de santé publique. Il n'existe probablement pas de solution à l'emporte-pièce. Nous savons que notre pays est très diversifié. Nous savons aussi que la culture et le contenu varient d'une province et d'un territoire à l'autre, et qu'il y aura toujours des différences.

Des observateurs de l'Ontario nous ont informés que la municipalisation de la santé publique dans cette province signifiait que la moitié du financement provenait des municipalités et qu'une approche très axée sur la localité avait entraîné un manque de coordination lors des interventions visant à lutter contre l'épidémie.

Bien entendu, la santé publique est, au premier chef, d'ordre local. Il faut commencer son élaboration à l'échelle locale, à partir des premières lignes. La santé publique doit être bien intégrée dans les collectivités. Il faut compter sur des agents de santé publique et sur des infirmiers et infirmières qui connaissent intimement leur collectivité, mais il est vrai qu'il faut aussi de la coordination et tout un ensemble de processus qui servent à souder le système. Nous sommes d'accord avec vous que c'est extrêmement important.

Pour ce qui est de la formule de financement, nous avons proposé quelque chose qui reprend sensiblement les lignes des précédents créés en Australie et aux États-Unis. Nous imaginons une approche très stratégique, plutôt que de mettre un énorme tas d'argent sur la table et de laisser les intervenants se battre pour s'en accaparer une partie et de voir la reddition de comptes se limiter à de vagues indicateurs liés à cet argent. L'agence elle-même détient des fonds qui sont destinés aux provinces, de sorte que le médecin hygiéniste en chef du Canada puisse s'asseoir



have your communicable disease chief talk to my communicable disease chief because we have this pot of money, this program, and it looks like you are already doing it, so maybe we should be moving those funds over to your non-communicable disease program to make sure you continue to get your fair share?"

In that sense we are imagining a social union framework model, in which first movers do continue to get their share of these funds, but we drive it out from the agency program by program, so there is accountability and a collaborative culture. We are, in essence, buying an integrated system by asking public health officials to sort out what it costs and how to do it.

The final point I would make is about how we create the health human resources. You mentioned schools for public health. Whether we need to go the American route of separate schools or faculties of public health, or whether we could do this in Canada as someone proposed, through a kind of virtual national public health institute, I leave to others to sort through. One can argue in either direction.

Many in this country would like to see a national public health human resource strategy that includes funding to support training and education, and certainly this issue is front and centre in this report. We have budgeted in the new agency many millions of dollars for just that purpose.

Those funds would not necessarily flow to provinces and territories. The new agency might talk to the relevant public health officials in a province, and then flow the funds to three universities in that province to get the job done — or, in Newfoundland, to Memorial University. The idea would be to put the money in the hands of the people doing the training; whether it is community colleges or universities, let us get these personnel in play. That is a long answer to a short question, but I hope that covers the issues.

**Senator Cook:** How do you see the role of the nurse practitioner studying for her MBA in the context of public health? Do you see a role for the nurse practitioner here, an opportunity? These people have their baccalaureate degree and are moving on to other things as they grow older. Is there an opportunity to capitalize on that?

**Dr. Naylor:** I would hope so. We have not created clear career paths for public health nurses. We do not have a path whereby people can enter a nursing program, get a baccalaureate and know that they can go on to a master's of public health, then do a PhD in epidemiology and enter one of the public health agencies

avec le médecin hygiéniste en chef de Terre-Neuve et lui dire: «Pourquoi ne pas demander à votre chef de la lutte contre les maladies transmissibles de venir discuter avec son homologue à l'agence, parce que nous disposons d'une certaine somme, et d'un programme, mais il semble que vous soyez déjà en train de travailler dans ce sens, alors peut-être que nous pourrions transmettre ces fonds dans votre programme de lutte contre les maladies non transmissibles afin de nous assurer que vous obteniez votre part?»

En ce sens, nous imaginons un modèle fondé sur l'entente-cadre sur l'union sociale, avec lequel les travailleurs de première ligne continueraient d'obtenir leur part de ce financement, mais ces fonds seraient versés par l'agence programme par programme, de sorte que l'on favoriserait la reddition de comptes et une culture de collaboration. Essentiellement, nous favorisons un système intégré en demandant aux fonctionnaires de la santé publique de nous dire combien ça coûte et comment procéder.

Le dernier point que j'aimerais aborder est celui des moyens utilisés pour créer les ressources humaines en matière de santé. Vous avez mentionné les écoles de formation en santé publique. La décision d'emprunter ou non le modèle américain des écoles ou des facultés distinctes pour la santé publique ou même de savoir si nous pouvons fonctionner ainsi au Canada, comme quelqu'un l'a suggéré, par l'entremise d'une sorte d'institut national de la santé publique virtuel, je laisse le soin à d'autres d'en débattre. On peut trouver des arguments favorables dans les deux sens.

Beaucoup de Canadiens aimeraient assister à l'émergence d'une stratégie nationale des ressources humaines en matière de santé publique qui serait dotée du financement nécessaire pour soutenir la formation et l'enseignement, et il est certain que cette question occupe une place centrale dans notre rapport. Nous avons accordé plusieurs millions de dollars, seulement à cette fin, dans le budget que nous avons établi pour la nouvelle agence.

Ces fonds sont destinés aux provinces et aux territoires. La nouvelle agence pourrait s'adresser aux fonctionnaires compétents de la santé publique d'une province et puis acheminer l'argent vers trois universités de cette province afin d'atteindre les objectifs visés B ou encore, à Terre-Neuve, à l'Université Memorial. L'idée serait que l'argent se retrouve entre les mains de ceux qui offrent la formation; que ce soit des collèges communautaires ou des universités, faisons en sorte que ces intervenants jouent leur rôle. C'est une longue réponse à une courte question, mais j'espère que j'ai bien répondu.

**Le sénateur Cook:** Comment voyez-vous le rôle des infirmières praticiennes qui étudient en vue d'obtenir un MBA dans le contexte de la santé publique? Voyez-vous un rôle pour l'infirmière praticienne dans ce contexte, y voyez-vous une opportunité? Ces personnes détiennent déjà un baccalauréat et elles décident de se perfectionner avec les années. Y a-t-il un moyen de tirer parti de cela?

**Le Dr Naylor:** Je l'espère. Nous n'avons pas créé de cheminements de carrière clairs pour les infirmières de la santé publique. Il n'existe pas de cheminement selon lequel une personne commencerait un programme d'études sur les soins infirmiers, obtiendrait son baccalauréat et saurait qu'elle peut



such as a major municipal agency or the B.C. Centre for Disease Control — one hopes there might be a new one in Ontario — the Quebec national institute or any equivalent public health branch, and then move back and forth very comfortably with the Canadian agency for public health. That would give a sense of an ability to gain a breadth of experience, to carry your seniority with you, to grow and to always have continuing education opportunities. We need those career paths for all public health personnel, but it is particularly weak for nursing, in part because we do not have enough master's degrees in public health that are practically oriented in this country. One is then left with doing a baccalaureate degree in nursing, entering the public health system and learning on the job. Add to that the general shortage of nurses, and it is not the most propitious set of circumstances in which to staff and revitalize this renewed system. We have work to do.

**Senator Cook:** On a personal note, it does not make one comfortable to look at the news and hear about the new surveillance equipment in airports, particularly Pearson, where there are options for screening purposes. How can we defuse that? I hear that the iris is the test, and then they cut the long line-ups at Pearson. Surely, it does not do the public any good to hear those kinds of things. My final question: Is it realistic for me to expect that there would be a provincial centre of excellence in my province, or could it be like the spokes of a wheel, with a centre of excellence in one of the other provinces that would bring my province in? We have to start somewhere, I know; but I do not think it would be a short-term realization to have one in every province. Could we build in that way — with one in the Maritimes where three or four provinces could feed into it? Would that be adequate?

**Dr. Naylor:** Those are two very important questions. First, I will deal with the airport-screening question. Airport screening is a very difficult area. Screening systems build public confidence. While the Health Canada study suggests a high degree of compliance with the various screening systems that were in play, if you talk to passengers — friends, family, neighbours — they all tell you stories about how they sailed through customs and no one collected their cards, or no one filled in the forms and so on. The committee members have had some difficulty aligning these two views — the formal studies and the anecdotes.

We also have had some difficulty, more fundamentally, in getting too concerned about it. We are not sure that even if the compliance were 100 per cent, these systems were ever likely to be very effective.

poursuivre ses études en vue d'obtenir une maîtrise en santé publique, puis un doctorat en épidémiologie et ensuite entrer à l'emploi d'une agence de santé publique, comme une agence municipale importante ou le B.C. Centre for Disease Control — il est à espérer qu'il s'en crée une nouvelle en Ontario — l'Institut national de la santé publique du Québec national ou une direction équivalente dans le domaine de la santé publique, puis effectuer très facilement des allers et retours avec l'agence canadienne de santé publique. Un tel cheminement donnerait l'impression que l'on peut acquérir une certaine expérience, conserver son ancienneté, se perfectionner et avoir des possibilités de formation continue. Nous avons besoin de ces cheminements de carrière, pour tout le personnel de la santé publique, mais tout particulièrement pour les soins infirmiers, en partie parce que nous n'avons pas suffisamment de programmes de maîtrise en santé publique orientés sur les aspects pratiques dans ce pays. Alors, il ne reste que l'option d'obtenir un baccalauréat en soins infirmiers, d'entrer dans le système de santé publique et d'apprendre sur le tas. Ajoutez à cela la pénurie d'infirmières, et on se retrouve dans la situation où les circonstances sont moins que favorables à la dotation et à la revitalisation d'un système renouvelé. Nous avons du pain sur la planche.

**Le sénateur Cook:** Sur une note plus personnelle, il n'est pas très rassurant lorsque l'on écoute les nouvelles d'entendre parler du nouvel équipement de surveillance dans les aéroports, et plus particulièrement à Pearson, où certains systèmes sont utilisés à des fins de dépistage. Comment rassurer les gens? On nous explique que l'on utilise le balayage de l'iris pour dépister les personnes atteintes, et qu'ainsi on peut éviter de créer de longues files d'attente à l'aéroport Pearson. Je suis sûre que ce n'est pas très rassurant pour le grand public d'entendre de telles choses. Ma dernière question est la suivante: Est-il réaliste de penser qu'il pourrait y avoir un centre d'excellence dans ma province, ou alors s'agirait-il plutôt d'un modèle de réseau en étoile, le centre d'excellence d'une autre province intégrant ma propre province? Il faut commencer quelque part, je le sais; mais je ne pense pas que ce serait réalisable à court terme que de créer de tels centres dans chaque province. Pourrions-nous adopter ce modèle de réseau en étoile — c'est-à-dire, un centre dans les Maritimes dont relèverait trois ou quatre provinces? Est-ce que ça pourrait fonctionner?

**Le Dr Naylor:** Voici deux questions très importantes. Premièrement, je vais aborder cette question du dépistage dans les aéroports. C'est un sujet très délicat. Les systèmes de dépistage servent à rassurer le public. Même si l'étude publiée par Santé Canada semble suggérer un degré élevé de conformité aux divers systèmes de dépistage qui sont en place, si vous parlez avec des passagers — amis, membres de la famille, voisins — tous ont une histoire à raconter comme quoi ils se sont faufilez aux douanes et que personne ne leur a demandé leur carte ou n'a rempli un formulaire et ainsi de suite. Les membres du comité ont éprouvé quelque difficulté à s'entendre sur ces deux points de vue — c'est-à-dire les études officielles et les anecdotes.

Nous avons eu du mal, plus fondamentalement, à ne pas trop nous préoccuper de cette situation. Nous ignorons si, même avec une conformité de 100 p. 100, ces systèmes seraient véritablement efficaces.



Thermal scanning has the obvious deficiency that it picks up fevers from all causes; and people brewing a virus like SARS have several days when they have no symptoms. What you need is a pre-symptomatic, non-invasive way of testing for the virus. Someone walks past a screen and it says, "Will develop SARS in five days." We do not have that.

Absent that, you have to focus on two things. One is information. You have to put masses of information in the hands of people. Assuming that most people are good, well intentioned and want to do the right thing, they will bring themselves to public notice quickly if they have suspicious symptoms and have been travelling. Second, you need a strong, local public health infrastructure so that when someone phones and says, "I have this information packet, I was just in wherever and I have the symptoms that match, I am worried that I may have X or Y," there is an instant response. Someone is at the house in 30 minutes. They get the information about what to do on the phone. They are transported, with appropriate precautions, to an emergency room that has an isolation area. They go into hospital, if need be, and into a negative pressure room, if that is required. There must be a local system that knows how to respond to the traveller who has concerns or suspicious symptoms.

We believe, and we have recommended, as I think honourable senators will have read, that there is a need for a multilateral, international process to reconsider travel screening; but also that we need in Canada to take a sober and critical look at the results of our screening activities. Millions of people went through thermal scanners and card systems with no cases detected. Let us have a critical look at it and decide what we need to do as a country in terms of information for travellers and screening. Quarantine officers are another issue that has been covered in the report in some detail. We need a proper set of quarantine officers at all ports. This is all there.

Let me turn to the really difficult question of how you would imagine a national network for communicable disease control functioning. In the best of all worlds, there would be a combination of some provincial and regional centres of excellence. When we look at the firepower in the British Columbia Centre for Disease Control, again, a lot of the money moves out of the provincial centre to municipalities to deal with vaccines and so on. The actual staffing is modest. You do not need a vast number of experts; they just have to be really good and well connected to the systems.

Le balayage infrarouge a une lacune évidente en ce qu'il dépiste les fièvres de toute origine; et les gens chez qui un virus comme celui du SRAS est en incubation n'ont aucun symptôme durant quelques jours. Il nous faudrait un moyen de dépistage du virus qui soit non invasif et qui puisse le détecter durant la phase pré-symptomatique. Un individu passerait devant un écran, et le message suivant s'afficherait: «Développera une infection au SRAS dans cinq jours.» Nous n'avons pas ce genre de système.

Ceci étant, il faut se concentrer sur deux choses. L'une d'elles est l'information. Il faut mettre des masses d'information entre les mains des gens. En supposant que la plupart des gens sont de bonnes personnes, bien intentionnées et désireuses de faire ce qu'il faut, ils devraient normalement se manifester publiquement s'ils éprouvent des symptômes inquiétants et s'ils ont voyagé. Deuxièmement, il faut mettre en place une infrastructure de santé publique locale rigoureuse de sorte que si une personne téléphone pour dire: «J'ai cette trousse d'information, je rentre de voyage, et j'éprouve les symptômes qui y sont décrits, je me demande si je ne pourrais pas être infecté par X ou Y», il devrait y avoir une réponse immédiate. Il faudrait que quelqu'un se présente à la maison en l'espace de 30 minutes. L'information sur ce qui doit être fait est transmise au téléphone. Les personnes sont transportées, avec les précautions appropriées, dans une salle d'urgence dotée d'une zone d'isolement. Elles sont hospitalisées, au besoin, et placées dans une chambre à pression négative, si nécessaire. Il doit y avoir à l'échelle locale, un système organisé pour répondre au voyageur qui a des inquiétudes ou qui éprouve des symptômes inquiétants.

Nous croyons, comme nous l'avons recommandé, et je pense que les honorables sénateurs l'auront lu, qu'il faut mettre en place un processus international et multilatéral en vue de reconsidérer le contrôle des voyageurs, mais aussi, il faut que le Canada considère d'un oeil serein et critique les résultats de nos activités de dépistage. Des millions de personnes sont passées par nos systèmes de balayage à infrarouge et de cartes et aucun cas n'a été détecté. Jetons un regard critique sur ce système et décidons de ce qu'il faut faire en tant que pays sur le plan de l'information aux voyageurs et du dépistage. Les agents de quarantaine sont une autre question que nous avons abordée avec passablement de détail dans le rapport. Il faut qu'il y ait une équipe compétente d'agents de quarantaine dans tous les ports d'entrée. C'est élémentaire.

Permettez-moi maintenant d'aborder la question vraiment difficile qui concerne la vision du fonctionnement d'un réseau national de lutte contre les maladies transmissibles. Dans le meilleur des mondes, il y aurait une combinaison de certains centres d'excellence provinciaux et régionaux. Lorsque l'on considère la force de frappe que représente le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique, je le répète, une bonne partie de l'argent passe du centre provincial aux municipalités chargées d'administrer les vaccins et ainsi de suite. L'effectif est modeste. Il n'est pas nécessaire de se doter d'une armée d'experts; il suffit qu'ils soient vraiment très compétents et bien branchés avec les systèmes.



In that sense, it may be difficult for smaller provinces to build the critical mass to make this work. Thus, as a committee, we felt strongly that there would have to be discussion at the provincial and territorial level about setting up hub-and-spoke models in some areas. We would not want to prejudge, but one could imagine that there might be an Atlantic CDC run on a network basis. Certainly B.C. has an agency in operation that is exemplary in many ways. Quebec has a strong agency. Ontario, I am sure, will be discussing creating stronger capacity after SARS; and with the change of government, this may well be on their radar screen, too, as a tangible contribution early in the mandate.

The Prairies will be a difficult debate because of size and firepower. There is the National Microbiology Laboratory, which will be a magnet for Manitoba in co-locating some provincial capacity. There will be some head scratching in multiple provincial capitals and in the territories about how to make this work.

We believe firmly that we must make it work. There must be a network of agencies. It is not for us to say how it is constructed.

**Senator Roche:** Mr. Chairman, I would like to read into the record the last recommendation that Dr. Naylor made under the section "Preparing for the Respiratory Virus Season." I will read from page 214. I suggest that we highlight this because of the urgency that it will come to. In his recommendations, Dr. Naylor states:

Health Canada should coordinate an open scientific meeting late in the Fall, with objectives that include: updating Canadians on the science of SARS, discussing plans for SARS surveillance for the winter season, and reviewing the roles of travel advisories and passenger screening.

I quickly point out that there are several other recommendations in this section. Surely Health Canada ought to be able to move immediately on such a campaign to inform people about what is happening. I want to refer Dr. Naylor to what the head of the World Health Organization, Dr. Lee Jong-Wook, said yesterday to the European Parliament in Brussels. He said:

Our working assumption is that SARS will come back...in the coming winter, if SARS is mixed with the common cold and flu this will cause a lot of problems.

En ce sens, il pourrait être difficile pour les petites provinces de créer la masse critique nécessaire pour faire fonctionner tout ça. Par conséquent, en tant que comité, nous avons pensé qu'il devrait y avoir discussions à l'échelle des provinces et des territoires afin de déterminer dans quelle mesure on pourrait mettre en place un réseau en étoile dans certaines régions. Nous ne voulons pas préjuger du résultat, mais on peut imaginer qu'il pourrait y avoir un centre de lutte contre les maladies transmissibles de l'Atlantique administré sur la base d'un réseau. Il est certain que la Colombie-Britannique dispose déjà d'une agence qui fonctionne de façon exemplaire à bien des égards. Le Québec s'est doté d'une agence remarquable. Quant à l'Ontario, je suis persuadé que nous allons aborder la possibilité de nous doter d'une capacité plus efficace après l'épisode du SRAS; et avec le changement de gouvernement, il se pourrait bien que cette possibilité se retrouve au programme aussi, en tant que contribution tangible en début de mandat.

Le débat sera plus ardu dans les Prairies étant donné le territoire à couvrir et la force de frappe nécessaire. Il y a bien sûr le Laboratoire national de microbiologie, qui agira comme un aimant au Manitoba lorsque viendra le moment de choisir des collaborateurs à l'échelle provinciale. Il est certain que l'on se creusera les méninges dans plusieurs capitales provinciales et territoriales afin de trouver le moyen de faire fonctionner ce système.

Nous sommes fermement convaincus qu'il faut tout faire pour que cela fonctionne. Il faut mettre en place un réseau d'agences. Il ne nous appartient pas de décider comment il sera construit.

**Le sénateur Roche:** Monsieur le président, pour le compte rendu, j'aimerais lire la dernière recommandation du Dr Naylor dans la section «Se préparer à la saison des virus respiratoires». Je lis à la page 220. Je suggère que nous mettions ce passage en relief en raison de l'urgence qui s'en vient. Voici la recommandation du Dr Naylor:

Santé Canada devrait coordonner une réunion scientifique ouverte vers la fin de l'automne ayant comme objectifs de renseigner les Canadiens sur la recherche sur le SRAS, de discuter de projets de surveillance pendant l'hiver et d'examiner le rôle des avertissements aux voyageurs et du contrôle des voyageurs.

Je vous signale rapidement qu'il y a plusieurs autres recommandations dans cette section. Il est certain que Santé Canada devrait être capable de bouger rapidement en ce qui concerne la mise sur pied d'une campagne d'information de la population sur l'état de la situation. Je voudrais citer pour le Dr Naylor ce que le chef de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Lee Jong-Wook, a déclaré hier devant le Parlement européen, à Bruxelles. Il a dit:

Notre hypothèse de travail est que le SRAS va frapper de nouveau [...] au cours de l'hiver qui vient, si le SRAS entraîne une confusion avec le rhume ordinaire et la grippe, nous allons au devant de beaucoup de problèmes.



My point is that there is a significant degree of public nervousness, and when we hear that SARS may return in forms that are unclear to us, then that ought to be addressed quickly by Health Canada. I would like to have Dr. Naylor's view on that.

Connected to that question, Dr. Naylor, did I hear in your opening comment that you feared a threat of a pandemic influenza? I believe those were the words you used. Do I infer correctly that you were speaking of something extraordinary on the way, as distinct from the normal flu season? If I am correct in that, then you, too, are warning us, along with the head of the World Health Organization, that we will have to ready ourselves for something big in the winter ahead. That highlights the need for some public education. Would you care to comment on the way in which I have characterized this sense of urgency in respect of the road ahead?

**Dr. Naylor:** The views are that we move on with preparations for the winter cold and flu season. I do not know whether SARS will be back; and no one knows. We can only be sure that there will be false alarms. We do not have a rapid, non-invasive test whereby people who turn up with suspicious symptoms will be immediately reassured, as will their families and the providers who give care to them, that they do not have SARS. The tests take time and there will be confusion. We do need to be prepared and there is much to be done.

I want to be very clear about pandemic influenza. I am assuredly not saying that pandemic flu will happen this winter. No one knows when there will be a major flu outbreak such as the one we had back in the early years of this century, and which caused such havoc and suffering worldwide.

I can say that experts in infectious disease and epidemiology have been in preparation for such an outbreak for multiple reasons. First, there is a working assumption that we have had a variety of virulent flu strains appear over the last few decades. Fortunately, none of them have been on the scope and scale of the killer influenza of 1918. However, there is a worry that one of them could be and we have to be prepared.

Second, the preparation for pandemic influenza is preparation for an outbreak such as SARS. It has the same set of principles. Some of the federal response to SARS was facilitated by the existence of the pandemic influenza planning process. Planning was already underway. People were trying to be prepared for pandemic flu. Those same processes were quickly shifted over to the SARS processes.

We are talking about a set of systems that will be as good for SARS as they are for pandemic flu. Personally, I hope that we never see pandemic flu. I make the point simply to highlight that we are no longer in a world where we can assume that a new virus will simply emerge and burn itself out in some remote country,

Je veux en venir au fait que le grand public montre beaucoup de nervosité et lorsque l'on entend que le SRAS pourrait revenir sous une forme qui demeure imprécise pour nous, alors il me semble que cela devrait être porté à l'attention de Santé Canada. J'aimerais connaître l'opinion du Dr Naylor à ce sujet.

Et en rapport avec la même question, docteur Naylor, ne vous ai-je pas entendu dire dans votre déclaration préliminaire que vous craignez une grippe pandémique? Je pense que ce sont les termes que vous avez utilisés. Est-ce que je me trompe en disant que vous avez mentionné la possibilité qu'il se produise quelque chose d'extraordinaire, c'est-à-dire une infection entièrement distincte de la grippe ordinaire de saison? Si j'ai bien compris, alors vous êtes vous aussi en train de nous prévenir, de concert avec le chef de l'Organisation mondiale de la Santé, que nous devons nous préparer à vivre un hiver difficile. Ces éléments d'information renchérissent sur la nécessité de procéder à une éducation du public. Voudriez-vous nous dire si j'ai bien rendu le sentiment d'urgence par rapport à ce qui nous attend?

**Le Dr Naylor:** Nous sommes d'avis qu'il faut aller de l'avant avec les préparatifs en vue de la saison des rhumes et des gripes. J'ignore si le SRAS frappera de nouveau; et personne ne peut le dire. Nous pouvons seulement être assurés qu'il y aura de fausses alarmes. Nous ne disposons pas d'un test rapide et non invasif qui permettrait de rassurer immédiatement les personnes éprouvant des symptômes inquiétants, ainsi que leur famille et les personnes qui les soignent, et de leur dire avec certitude qu'elles n'ont pas le SRAS. Les tests prennent du temps et il y aura de la confusion. Nous devons nous préparer, et il y a beaucoup à faire.

Je tiens à être très clair en ce qui concerne la grippe pandémique. Il est clair que je ne suis pas en train de dire qu'il y aura une grippe pandémique cet hiver. Personne ne peut dire s'il y aura ou non une flambée majeure de grippe comme celle que nous avons essuyée au début du siècle dernier, et qui avait causé tellement de souffrance et de chaos à l'échelle de la planète.

Je peux seulement vous dire que les spécialistes des maladies infectieuses et de l'épidémiologie se préparent à une telle flambée pour de nombreuses raisons. Premièrement, il y a une hypothèse de travail voulant qu'une gamme de souches de grippe virulente soient apparues au cours des dernières décennies. Heureusement, aucune d'entre elles n'avait l'ampleur et la portée de la grippe mortelle de 1918. Toutefois, on entretient l'inquiétude que l'une de ces souches pourrait bien exister et il faut se tenir prêt.

Deuxièmement, se préparer à une grippe pandémique c'est aussi se préparer à une épidémie comme celle du SRAS. Il s'agit du même ensemble de principes. Certaines des interventions du gouvernement fédéral à l'égard du SRAS ont été facilitées par l'existence du processus de planification en vue de l'éclosion d'une grippe pandémique. Cette planification était déjà en cours. Des gens essayaient de se préparer à la grippe pandémique. Ces mêmes processus ont été rapidement adaptés aux processus du SRAS.

Nous voulons parler d'un système qui sera tout aussi efficace contre le SRAS que contre la grippe pandémique. Personnellement, j'espère que nous n'aurons jamais de grippe pandémique. J'en ai parlé seulement pour mettre en lumière que nous ne vivons plus dans un monde où l'on peut supposer qu'un



while we watch the newspapers for accounts on page 8 and say, "Oh, is that not too bad?" That is not the way it will be. Rather, the new virus will be with us within hours because we are a global community and travel is a huge issue now. We have millions of arrivals in Canada each year, and viruses and bacteria will get to us quickly. This has changed the playing field. It has made the WHO much more important than it used to be. That is why we have said that whatever the frustration and reservations about the travel advisory, we must be in a position to work credibly with the WHO and to be citizens in a global public health community. That takes an agency and some leadership.

**Senator Roche:** The global nature of viruses brings me to my second question. In your opening, you highlighted the creation of a Canadian agency for public health, which would have, as you have expressed it, a clear focal point to interact with the global community. I certainly want to stand strongly behind that recommendation. You are reflecting the 21st century reality of globalization by applying that to the area of infectious disease control.

You said that a chief public health officer reporting to the federal Minister of Health would head the agency you envision. The thrust of the agency that you recommend would reach outward into the world. I understand and certainly want that. However, we are still trapped in 19th century constitutional constraints such that the provinces are competing with the federal government on virtually every decision in the health care field. They take the view that because they are spending the bulk of the money, they should be in the driver's seat.

Did you mean to be exhaustive when you said that the chief public health officer would report to the federal Minister of Health? Did you mean to exclude the provinces or did you just not get around to that in your comment? In that context, what is your view about the efficacy of the agency that you envision in reaching outward when it will have to take into account the competing interests of the provinces?

**Dr. Naylor:** On constitutional issues, the committee saw a set of dysfunctional relationships among all the levels of government. It was disappointing to live through it, as a physician and an administrator, in Toronto during the SARS outbreak. It was sobering but not surprising to have our perceptions confirmed as we talked to a variety of people who were directly involved.

nouveau virus va simplement émerger et se détruire lui-même dans quelque pays lointain, et que nous pourrions nous contenter d'en lire le récit à la page 8 et de dire: «Oh, n'est-ce pas terrible?» Ce n'est pas ainsi que les choses vont se passer. Au contraire, le nouveau virus sera chez nous en l'espace de quelques heures parce que nous sommes une communauté planétaire et que les voyages deviennent un grave problème de nos jours. Il y a des millions de visiteurs au Canada chaque année, et les virus et les bactéries nous parviendront rapidement. Cette situation a modifié les règles du jeu. Elle a fait en sorte que l'OMS a assumé un rôle beaucoup plus important que dans le passé. C'est la raison pour laquelle nous avons dit que, peu importe la frustration accumulée et les réserves que l'on peut entretenir au sujet des avertissements aux voyageurs, il faut nous placer dans la situation de pouvoir prouver notre crédibilité à l'OMS afin de collaborer avec elle et de montrer que nous agissons comme des citoyens au sein d'une communauté de santé publique planétaire. Pour y arriver, il nous faut une agence et un certain leadership.

**Le sénateur Roche:** La nature planétaire des virus m'amène à poser ma deuxième question. Dans votre déclaration préliminaire, vous avez insisté sur la création d'une agence canadienne de santé publique laquelle aurait, comme vous l'avez expliqué, un rôle de centre de référence clair et assurerait la liaison avec la communauté mondiale. Il est certain que j'appuie vigoureusement cette recommandation. Vous traduisez la réalité de la mondialisation du XXI<sup>e</sup> siècle en l'appliquant au domaine de la lutte contre les maladies infectieuses.

Vous avez mentionné qu'un médecin hygiéniste en chef relevant du ministre fédéral de la Santé dirigerait cette agence que vous avez imaginée. Cette agence que vous recommandez aurait des liens avec le monde extérieur. Je comprends votre point de vue et je l'approuve très certainement. Cependant, nous sommes encore prisonniers de contraintes constitutionnelles qui datent du XIX<sup>e</sup> siècle, et qui font en sorte que les provinces contestent pratiquement toutes les décisions prises par le gouvernement fédéral en matière de soins de santé. Elles ont adopté le principe voulant qu'étant donné qu'elles dépensent le gros de l'argent, elles devraient aussi avoir le dernier mot sur la façon de le dépenser.

Voulez-vous vous montrer exhaustif lorsque vous avez dit que le médecin hygiéniste en chef relèverait du ministre fédéral de la Santé? Voulez-vous exclure les provinces ou est-ce simplement parce que vous n'êtes pas allé aussi loin dans votre commentaire? Dans ce contexte, que pensez-vous de l'efficacité de l'agence que vous imaginez à avoir un certain rayonnement lorsqu'elle devra prendre en compte les intérêts concurrents des provinces?

**Le Dr Naylor:** En ce qui concerne les questions constitutionnelles, le comité a vu un ensemble de relations dysfonctionnelles entre les divers paliers de gouvernement. Ce fut une source de déception que de le vivre en tant que médecin et administrateur, à Toronto, durant l'épidémie du SRAS. Ce fut un rappel à la réalité, mais pas une grande surprise que de voir la confirmation de nos perceptions lorsque nous nous entretenions avec un éventail de personnes ayant été directement impliquées.



We have highlighted repeatedly that there needs to be a change in ethos. We refer in the conclusion to the need for public health to be a constructive engagement zone. We know there will be tensions between various governments — federal, provincial and territorial — at times. The view is that the funds should flow through an agency rather than the usual sort of federal-provincial-territorial venues. That would help to depoliticize these issues and take away some of the jurisdictional tensions.

You would have public health professionals with greater experience than ministers and deputies, who have had a lamentably short time in health over the last decade or so, debating how to get the job done. These people would not be driven by the vicissitudes of re-election and could take a longer-term view of how to get the job done.

None of this will change the fact that there is an essential tension in the Canadian Constitution. I am carrying coals to Newcastle in telling this group what it is. We saw it very clearly. Spending power and revenue generation power is concentrated in the hands of the federal government, and administrative authority for the growing portfolio of health and social programs is concentrated in the hands of the provinces and territories. This is an essential tension. It is a built-in recipe for conflict.

However, what was so encouraging is that there are similar provisions in Australia and in the U.S. The U.S. Centers for Disease Control has to be invited to the table by the states. It is invited early and often because it flows funds to the states to support their work and helps train their people, because individuals move back and forth between the state public health agency and the CDC. It is a common culture. It has firepower people respect. It is seen to be helpful rather than another lumbering bureaucracy that is working at the behest of a minister who may have recently had a spat with a provincial colleague.

It is not a perfect fix. There is still tension at times, but it does change the dynamic.

Australia, intriguingly, even without an agency, brings together the health ministers and the deputy ministers. The federal government accounts for about 50 per cent of public health spending, but it does it in an interesting way. Of that 50 per cent, half is funding that flows to the states and territories in Australia on a very strategic basis and is broken up into programs in the same way that we are recommending. About half is services

Nous avons insisté à plusieurs reprises sur la nécessité de procéder à un changement d'éthos. Nous faisons allusion dans la conclusion à la nécessité pour la santé publique de devenir une zone d'engagement constructif. Nous savons pertinemment qu'il y aura des tensions entre les divers gouvernements — fédéral, provincial et territorial — en diverses occasions. C'est pourquoi nous pensons que le financement devrait provenir d'une agence plutôt que des habituels bailleurs de fonds du fédéral, des provinces et des territoires. Cela contribuerait à dépolitiser ces questions et à apaiser certaines tensions liées aux secteurs de compétence.

On ferait affaire à des professionnels de la santé possédant une plus grande expérience que les ministres et les sous-ministres qui n'ont disposé que d'un séjour lamentablement court à la santé au cours de la dernière décennie pour essayer de déterminer comment les choses devraient se passer. Ces personnes ne seraient pas motivées par les vicissitudes de la réélection et pourraient adopter une vision à plus long terme au sujet de la façon de faire les choses.

Rien de tout ceci ne changera quoi que ce soit au fait qu'il existe une tension fondamentale au sein de la constitution canadienne. Je ne fais que porter de l'eau à la rivière en vous disant ceci. Nous l'avons vu très clairement. Le pouvoir d'application des ressources et de production des recettes est concentré entre les mains du gouvernement fédéral, et l'autorité administrative en ce qui concerne le portefeuille de plus en plus important de la santé et des programmes sociaux est concentré entre les mains des provinces et des territoires. Cette situation crée une tension. Tous les ingrédients sont réunis pour produire un conflit.

Toutefois, nous avons été encouragés de constater qu'il existe des dispositions semblables en Australie et aux États-Unis. En effet, les Centers for Disease Control des États-Unis doivent être invités à la table par les États. Et ils sont invités très tôt et souvent parce qu'ils redistribuent du financement aux États afin de soutenir leurs activités et qu'ils participent à la formation du personnel, certains allant et venant entre l'agence de santé publique de l'État et les CDC. Ils ont une culture commune. Les CDC possèdent une puissance de frappe que les gens respectent. On les voit comme un organisme utile, plutôt que comme une autre bureaucratie lourde à la remorque d'un ministre qui peut très bien avoir eu récemment une prise de bec avec un collègue provincial.

Ce n'est pas une panacée. Il y a encore des tensions à l'occasion, mais ce mode de fonctionnement change la dynamique.

En Australie, il est surprenant de constater que, même en l'absence d'une agence fédérale, les ministres et les sous-ministres de la Santé travaillent ensemble. Le gouvernement fédéral est responsable d'environ 50 p. 100 des dépenses en santé publique, mais il est intéressant de voir comment il procède pour faire ces dépenses. De ce 50 p. 100, la moitié correspond à un financement qui est redistribué aux États et aux territoires de l'Australie sur



provided in kind. You have federal employees, if you will, working in states and territories to provide services on a sort of secondment system that changes the dynamic again.

The CDC does much of this. You will find CDC employees in the state public health agencies running the surveillance system for the U.S. Those data flow from the state to the CDC officials and on to headquarters in Atlanta. There are many ways to skin the cat, to create a different culture and a sense of collaboration.

I want to deal briefly with the question of the Canadian chief public health officer reporting to the provinces versus the federal government. We scratched our heads about the national public health board and how it should be structured. One of our key recommendations is that there should be a board of credible individuals.

On the one hand, if you have a governing body for the institute that is controlled by a majority of provincial and territorial representatives, you create some confusion in accountability. You would have a chief public health officer dealing with a board with very strong provincial and territorial direct representation yet accountable to the federal minister. We could see benefits in terms of trying to create collaboration. We also saw the possibility that that individual would be in his or her job for approximately 32 days before psychiatric help was required.

The approach instead was to have a body that really is more advisory than governing, because the individual must report to the federal Minister of Health. That national public health board would include experts nominated by the provinces and territories, but we would not want people who were in line positions in a province. You do not want to have the chief public health officer of Newfoundland on that board and then the next week negotiating with the person on whose board they sit about how much money they will get. It would just not work.

Therefore, that national public health board will not strictly govern, but will have a very good influence in providing a national perspective, especially if there are people drawn from across the country and there is a sense that the provinces and territories have had some say in who is included.

To come back to your point about how the chief public health officer would interact with the provinces, it is crucial that they sit down time after time with the public health officer for Nova Scotia, Saskatchewan or British Columbia and hammer out how

une base stratégique et réparti entre divers programmes suivant le modèle que nous préconisons. Environ la moitié correspond à des services rendus sans contrepartie financière. Des employés du gouvernement fédéral travaillent, par exemple, dans les États et les territoires, dans le cadre d'une sorte de système de prêt de services qui change la dynamique.

Les CDC font largement appel à ce système. On trouve des employés des CDC au sein des agences de santé publique de l'État chargés de diriger le système de surveillance pour les États-Unis. Les données recueillies circulent entre l'État et les fonctionnaires des CDC, puis jusqu'au bureau central à Atlanta. Il y a plusieurs façons de plumer un canard, de créer une culture différente et un sens de la collaboration.

J'aimerais aborder brièvement la question du médecin hygiéniste en chef du Canada qui relèverait des provinces plutôt que du gouvernement fédéral. Nous nous sommes creusé les méninges pour trouver comment l'agence nationale de santé publique pourrait être structurée. L'une de nos principales recommandations est que cette agence doit être formée de personnes crédibles.

D'une part, en créant un organisme dirigeant pour l'institut qui est contrôlé par une majorité de représentants des provinces et des territoires, on suscite une certaine confusion au chapitre de la reddition de comptes. On risque de se retrouver avec un médecin hygiéniste en chef devant collaborer avec une très forte représentation directe des provinces et des territoires, mais redevable devant le ministre fédéral. On peut y voir des avantages sur le plan de la création d'une collaboration. Mais nous y voyions aussi la possibilité que la personne occupe son poste durant environ 32 jours avant de demander une aide psychiatrique.

C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour un organisme qui soit davantage consultatif que directif, parce que le titulaire doit rendre des comptes au ministre fédéral de la Santé. Donc, l'agence nationale de santé publique comprendrait des spécialistes nommés par les provinces et les territoires, mais nous ne voudrions pas qu'elle soit formée de titulaires de postes hiérarchiques dans une province. Nous ne voudrions pas que le médecin hygiéniste en chef de Terre-Neuve siège à l'agence, et que la semaine suivante il se retrouve en train de négocier avec la même agence en vue de déterminer le montant qu'il pourrait obtenir pour sa province. Ça ne pourrait tout simplement pas fonctionner.

Par conséquent, l'agence nationale de santé publique ne sera pas chargée de diriger au sens strict, mais elle exercera une très forte influence en adoptant une perspective nationale, surtout si elle est formée de personnalités issues des quatre coins du pays, et si l'on a l'impression que les provinces et les territoires ont eu leur mot à dire sur sa composition.

Pour en revenir à votre remarque concernant la manière dont le médecin hygiéniste en chef transigerait avec les provinces, il est crucial qu'il s'assoie respectivement avec le médecin hygiéniste de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan ou de la Colombie-



they will do business. Currently, we do have a council of chief public health officers, on which Paul Gully sits representing the federal government.

This would be a different creature if we had a Canadian agency with a chief public officer flowing funds to the chief public health officers of the different provinces. The dynamic would be different. They would be strategizing about how to achieve national health goals and how to get the funds out to maximize the impact. There would be a collective consciousness about health protection and disease prevention that would be different.

Let us get these people together. That is a separate table from the advisory board that we imagined.

**Senator Fairbairn:** Thank you, Dr. Naylor. This has been a tremendously interesting discussion today. As all my colleagues have said, and I totally agree, it is a brilliant report that will hopefully be given the attention and the action that it deserves.

I have been listening carefully to you today, but from the very beginning, one of the issues involving SARS that puzzled and alarmed me was in the area of communications. There appeared to be a lack of a distant early warning system internationally, not just in Canada.

Could you perhaps lead me through how this could be improved? You talked to Senator Roche about dysfunctional relationships among all levels of government, but there may be dysfunction problems within government, including the federal government.

When SARS was first mentioned in Ontario, I had a niece in Hanoi, Vietnam, who has been there for six years working in the international aid community, primarily with families and children. I sent her an e-mail because Toronto is her hometown. She responded to me immediately with an essay, practically, about the situation in Vietnam and the doctor who had identified the virus from China and had started treating people and segregating them in the hospital in Hanoi. It seemed to me odd that throughout the beginning of the SARS situation in Canada there seemed to be a disconnection between information for the people in the field and the Ontario government. People did not have the advantage of knowing ahead of time that something was coming our way, given our open border.

Something was coming our way, and the disconnection continued throughout the process, even in the World Health Organization. The information was slow in coming and confusing in the way that it was disseminated.

Britannique afin de définir comment ils entendent mener leurs activités. À l'heure actuelle, nous avons un conseil des médecins hygiénistes en chef, et Paul Gully y représente le gouvernement fédéral.

Nous obtiendrons un organe entièrement différent en nous dotant d'une agence canadienne dont le médecin hygiéniste en chef assumera la responsabilité de redistribuer le financement vers les médecins hygiénistes en chef de chaque province. La dynamique serait différente. Ils pourraient élaborer une stratégie visant à déterminer comment atteindre les objectifs nationaux en matière de santé publique et comment obtenir le financement nécessaire pour en maximiser l'impact. On y sentirait une conscience collective au sujet de la protection de la santé et de la prévention des maladies qui serait différente.

Tâchons de réunir ces gens tous ensemble. Il s'agit d'une instance distincte du conseil consultatif que nous avons imaginé.

**Le sénateur Fairbairn:** Merci, docteur Naylor. Nous avons eu une discussion extrêmement intéressante aujourd'hui. Comme l'ont dit tous mes collègues, et je suis d'accord avec eux, il s'agit d'un brillant rapport et j'espère qu'il recevra toute l'attention qu'il mérite et que ses recommandations seront adoptées.

Je vous ai écouté très attentivement aujourd'hui, mais depuis le début, l'un des aspects de l'épidémie du SRAS qui m'intrigue et m'inquiète est celui des communications. En effet, il me semble noter l'absence d'un système d'alerte rapide et lointaine à l'échelle internationale, et pas seulement au Canada.

Pourriez-vous nous donner une idée de la façon de procéder pour améliorer la situation? Vous avez mentionné au sénateur Roche l'existence de relations dysfonctionnelles entre tous les paliers de gouvernement, mais il se peut qu'il y ait aussi des problèmes de dysfonctionnement au sein du gouvernement, y compris de l'administration fédérale.

Lorsque l'on a fait allusion au SRAS pour la première fois en Ontario, j'avais une nièce à Hanoï, au Vietnam, qui y travaillait depuis six ans pour un organisme d'aide internationale, principalement auprès des familles et des enfants. Je lui ai envoyé un courriel pour l'informer, parce que Toronto est sa ville natale. Elle m'a répondu immédiatement en me transmettant presque un essai sur la situation qui prévalait au Vietnam ainsi que sur le médecin ayant identifié le virus en provenance de la Chine et qui avait commencé à traiter les patients et à les isoler dans l'hôpital de Hanoï. Il m'a paru bizarre que pendant toute la durée de l'épidémie du SRAS au Canada il semblait exister un décalage entre l'information destinée aux spécialistes sur le terrain et le gouvernement de l'Ontario. Les gens n'ont pas eu la chance d'être prévenus à l'avance que quelque chose s'en venait, étant donné notre frontière ouverte.

Quelque chose s'en venait, et pourtant, la rupture de communication ne s'est pas corrigée pendant toute la durée du processus, même avec l'Organisation mondiale de la Santé. Les renseignements nous parvenaient au compte gouttes et ils étaient diffusés de manière à semer la confusion.



You are obviously very concerned about how to get the information out so that everything gets done and the signal is clear so that everyone knows when to jump into action.

Could you give us a more detailed understanding of how this connection would be made in the midst of an outbreak? Certainly it would not be entirely up to Health Canada or DFAIT. The federal government effort would perhaps have to be broader than we currently realize, because without the tip-off, all the expertise and good organization in the world will not be able to respond.

**Dr. Naylor:** I can only respond, senator, in generalities, but thank you for the kind comments about the report and for your question.

Right now, Health Canada operates a Web crawler system called the Global Public Health Intelligence Network that continually trolls for reports of disease outbreaks. There are various e-mail systems that infectious disease specialists and public health people use to send messages on a list serve, worldwide, to advise on outbreak X or disease Y; or we have A or we have B. In this highly connected electronic global village, systems are in play to try to pick up information to determine whether we have a new outbreak — a new disease.

All of these systems are critically dependent on local surveillance and detection. If you simply have an informal e-mail system and an outbreak starts in a village that does not have anyone on the list serve, you will not pick it up until it has spread. Someone from that location may have travelled somewhere else and the disease eventually winds up in Canada. Similarly, with the Global Public Health Intelligence Network, GPHIN, which the WHO uses — it is a Health Canada triumph — it is crawling through the Web, but unless the information is entered, it will not be picked up.

The cornerstone of required intelligence is much stronger surveillance everywhere and it has to be organized. It has to come from the caregivers and the health system. If we think about how outbreaks have been detected through the years, there will be an alert nurse on a ward who connects the dots and a doctor in an emergency room who realizes that he saw it three days earlier, and they question the connection. Those individuals have to be trained, respected and taken seriously when they raise an alarm. There has to be a system that draws the information from those individuals, amalgamates it and makes the connection between hospitals or cities. It needs to travel up the chain quickly to national capitals and on to a clearinghouse.

De toute évidence, vous êtes très préoccupé par la manière de diffuser l'information afin que les mesures soient prises et que le signal soit clair afin que tout le monde sache à quoi s'en tenir et à quel moment intervenir.

Pourriez-vous nous expliquer plus en détail comment ce lien de communication pourrait être établi au beau milieu d'une épidémie? Il est certain qu'il ne dépendrait pas entièrement de Santé Canada ou du MAECI. Les efforts du gouvernement fédéral devraient probablement s'exercer sur une plus grande échelle que ce que nous anticipons actuellement, parce que sans la mise en place de moyens de communiquer l'information, toute l'expertise et la meilleure organisation du monde resteront sans effet.

**Le Dr Naylor:** Je ne peux vous répondre, sénateur, que par des généralités, mais je vous remercie de vos remarques élogieuses concernant le rapport et de votre question.

À l'heure actuelle, Santé Canada utilise un moteur de recherche Web appelé Réseau d'information sur la santé mondiale ou RISM qui est continuellement à la recherche de rapports faisant état de flambées de cas de maladies. Il y a également divers systèmes de messagerie électronique utilisés par les spécialistes des maladies infectieuses et les responsables de la santé publique pour transmettre des messages sur un serveur de listes, dans le monde entier, afin de prévenir de l'éclosion de la maladie X ou Y; ou encore pour dire que l'on a été frappé par A ou par B. Dans ce village planétaire étroitement connecté où nous vivons, des systèmes sont mis à profit pour recueillir de l'information afin de déterminer s'il y a une nouvelle épidémie — une nouvelle maladie.

Tous ces systèmes reposent essentiellement sur la surveillance et la détection à l'échelle locale. Si vous ne disposez que d'une messagerie électronique et qu'une épidémie se déclare dans un village où personne n'est abonné à un serveur de listes, vous n'en serez pas informé avant qu'elle ne se soit propagée. Il se pourrait qu'un habitant de cette localité ait voyagé à l'étranger et que la maladie aboutisse au Canada. Il en va de même avec le RISM qu'utilise l'OMS, B il s'agit d'une victoire de Santé Canada — il effectue des recherches dans tout le Web, mais à moins que l'information ne soit entrée, il ne pourra pas la trouver.

La pierre angulaire du système de renseignements qu'il nous faut est le renforcement de la surveillance partout, et il faut l'organiser. L'information est venue des soignants et du système de santé. Il suffit de penser à la manière dont les épidémies ont été détectées au fil des ans, une infirmière d'étage donne l'alerte après avoir réalisé ce qui est en train de se passer et un médecin de la salle d'urgence réalise finalement qu'il a été témoin d'un cas trois jours auparavant, et ils s'efforcent d'établir le lien. Ces personnes doivent être formées, respectées et prises au sérieux lorsqu'elles donnent l'alarme. Il faut mettre en place un système pour recueillir l'information auprès des individus et la regrouper avant d'établir le lien entre les hôpitaux ou les villes. Il faut que l'information parvienne rapidement au sommet de la chaîne jusqu'aux capitales nationales et à un bureau central.



This is clearly the direction that the World Health Organization would like member states to take. They are talking about international health regulations that put more emphasis on surveillance. The drawback to that is the creation of non-funded mandates — the emergence of a new transnational government — dedicated to health. It is not completely straightforward. In some ways, we are yielding areas of sovereignty.

Ultimately, I believe that is the way in which we must move this forward. Every nation must have a multi-tiered surveillance system so that the information flows up through a clearinghouse and returns. That must happen overnight — quickly — instead of trying to deal with all of the disconnections that we have now.

There was confusion at the time of SARS. There was a case of avian or chicken flu in Hong Kong. There was uncertainty about whether this was simply another form of flu. It was initially thought it was due to something other than a virus. There was a false alarm about SARS being due to chlamydia, simply another form of community-acquired pneumonia. Much confusion existed as this was percolating through the system.

If the right surveillance system with the right filters were in place, it would have been much better. I will say a word about filters before I wrap up.

Remember, this is about signals and noise. Just as we do not want false alarms in the winter flu and cold season, by the same token, we do not want false alarms when we are looking at global alert systems. We do not want a country to go on alert, squander resources, put stress on public health and health care workers and make the public anxious about nothing. There is a balance between sensitivity and specificity.

**Senator LeBreton:** On that point, part of the problem was the communication system, public confusion and the issue of probable cases and actual cases. That helped to contribute to the public's hysteria over it because some people chose to look at the probable cases. There were conflicting signals from this end and from the World Health Organization.

**Dr. Naylor:** I agree, senator. I emphasize, as Dr. Keon and Dr. Morin know, that I am a cardiovascular person. I was asked to participate here as the neutral scribe rather than the content expert. As cardiovascular people, we spend considerable effort trying to clarify taxonomy. Who has what? What is the definition? That is so we can be precise about it. I was taken aback by some of the confusion. It only emerged in June that different countries were using somewhat variant definitions of SARS and the WHO was okay with that. If you tweak the definition one way, you will have more cases, and if you tweak it the other way, you will have fewer cases. How can we have a global health system if this

Évidemment, c'est la direction que l'Organisation mondiale de la Santé aimerait voir emprunter par les pays membres. Il est question d'une réglementation internationale en matière de santé qui mettrait davantage l'accent sur la surveillance. L'inconvénient de cette approche est la création de mandats non financés — l'émergence d'un nouveau gouvernement transnational — spécialisé dans la santé. Ce n'est pas si simple que ça en a l'air. À certains égards, cela revient à abandonner certains domaines de souveraineté.

En fin de compte, je crois que c'est la direction à prendre. Toutes les nations doivent se doter d'un système de surveillance à plusieurs niveaux de sorte que l'information puisse circuler de haut en bas, jusqu'à un bureau central et inversement. L'information doit circuler du jour au lendemain — rapidement — et non en essayant de contourner tous les écueils que nous avons actuellement.

Il y a eu de la confusion lors de la flambée du SRAS. Il y a eu un cas de grippe aviaire ou grippe du poulet à Hong Kong. Mais on n'était pas certain s'il s'agissait simplement d'une autre forme de grippe. Au départ, on a pensé que cette infection n'était pas d'origine virale. Il y a eu une fausse alarme et on a pensé que le SRAS était dû à la chlamydia, et qu'il s'agissait tout simplement d'une autre forme de pneumonie acquise dans la collectivité. Il y a eu beaucoup de confusion pendant que cette hypothèse circulait dans le système.

Si le bon système de surveillance avait été en place avec de bons filtres, les choses se seraient mieux passées. Je vais vous dire un mot au sujet des filtres avant de conclure.

Rappelez-vous que tout est une question de recevoir les bons signaux. Tout comme nous ne voulons pas recevoir de fausses alarmes durant la saison des rhumes et des grippes, de même, nous ne voulons pas recevoir de fausses alarmes lorsque nous consultons les systèmes d'alerte mondiaux. Nous voulons éviter qu'un pays se mette sur le pied d'alerte, qu'il gaspille ses ressources, impose un stress aux soignants de la santé publique et des soins de santé et qu'il rende le public anxieux sans raison. Il faut qu'il y ait un équilibre entre la sensibilité et la spécificité.

**Le sénateur LeBreton:** Sur ce point, une partie du problème s'explique par le système de communication, la confusion semée dans le public et la question des cas de maladie probables et réels. Tous ces facteurs ont alimenté l'hystérie collective parce que certains ont choisi d'examiner les cas probables. Des signaux contradictoires étaient émis à partir d'ici et de l'Organisation mondiale de la Santé.

**Le Dr Naylor:** Je suis d'accord avec vous, sénateur. Je vous rappelle, comme le savent déjà le Dr Keon et le Dr Morin que je suis spécialiste des maladies cardiovasculaires. On m'a demandé de participer à cette étude en tant que rédacteur neutre plutôt qu'à titre de spécialiste du contenu. En tant que spécialiste du système cardiovasculaire, nous consacrons beaucoup de temps à essayer de préciser la taxonomie. Qui souffre de quoi? Quelle en est la définition? Tout ceci pour nous permettre d'être précis. J'ai été estomaqué par la confusion créée. Ce n'est qu'en juin que l'on s'est aperçu que certains pays utilisaient des définitions différentes du SRAS et que l'OMS ne s'y opposait pas. Si vous manipulez la



country is vulnerable to a travel advisory for being obsessive, careful and erring on the side of over-reporting, and another is spared a travel advisory because it wants a restrictive case definition. The WHO needs to get its act together in this area.

**Senator Keon:** I was pleased to see that you went with the WHO in your report, because there have been severe criticisms of it, as you know. Some Americans and some from the EU have suggested that it may be time for another agency, that they do not have the resources and, particularly, that they do not have the intellectual power to be doing what they are doing.

However, it is nice to see that put to bed and discussions begin on how we could reinforce the WHO rather than trying to reinvent the wheel.

In that context, how do you see the connection between our national agency and the WHO being able to make a contribution to the WHO and overcome some of these difficulties? Will it mean that we have to provide revenues? Will it mean we will have to lend them personnel? Does it mean we have to give them access to what leading-edge research information we have in the country, give them access to some of our better research labs or give them collaborative power with CIHR? How do you see all this?

**Dr. Naylor:** I think, senator, that you have covered in your question, in a very insightful way, many potential options for how we would reinforce the WHO. I agree completely that rather than simply criticizing the WHO, we need to get on with enhancing the way they do business and being effective collaborators and leaders with them. We said in the report that Health Canada's own travel advisories were not based on much firmer evidence than those issued by the WHO — and this is a generalized issue — despite our understandable national frustration and anger about what happened.

I think secondments of personnel are important. The agency needs to have an effective liaison function of multiple dimensions with the WHO. It takes us back to this vision of how careers might unfold, so that public health nurses do a baccalaureate, get that master's in public health, do some outbreak fighting and front-line public health work, come back and do a PhD in public health policy, work for the Canadian agency for public health,

définition d'une certaine manière, vous obtiendrez davantage de cas, et si vous la manipulez d'une autre manière, il y en aura moins. Comment peut-on penser à mettre en place un système de santé mondial si un pays devient vulnérable aux avertissements aux voyageurs émis à son endroit parce qu'il s'est montré prudent jusqu'à l'obsession et qu'il s'est fourvoyé en déclarant un trop grand nombre de cas, tandis qu'un autre pays est épargné par les mêmes avertissements aux voyageurs parce qu'il prône une définition plus restrictive des cas. L'OMS devra se ressaisir à cet égard.

**Le sénateur Keon:** J'ai été agréablement surpris de constater que vous aviez pris le parti de l'OMS dans votre rapport, parce que, comme vous le savez, l'organisme a fait l'objet de critiques sévères. Des Américains et des membres de l'UE ont suggéré que le moment était peut-être venu de songer à mettre sur pied un autre organisme, que l'OMS ne disposait pas des ressources suffisantes et, surtout, qu'il ne possédait pas le pouvoir intellectuel de faire ce qu'il est en train de faire.

Toutefois, je suis heureux de voir que les choses ont bien tourné et que l'on commence à discuter des moyens à prendre pour renforcer l'OMS plutôt que d'essayer de réinventer la roue.

Dans ce contexte, comment voyez-vous le lien entre notre agence nationale et l'OMS pour que l'on soit en mesure de contribuer à l'organisation et de surmonter certaines de ces difficultés? Est-ce que cela signifie que nous devons apporter des contributions financières? Est-ce que cela signifie que nous devons prêter du personnel? Est-ce que cela signifie que nous devons leur donner accès aux renseignements de recherche de pointe dont nous disposons dans notre pays, c'est-à-dire leur donner accès à quelques-uns de nos meilleurs laboratoires de recherche ou leur donner la possibilité de collaborer avec les IRSC? Comment voyez-vous les choses?

**Le Dr Naylor:** Je pense, sénateur, que vous avez énuméré dans votre question, avec beaucoup de perspicacité, de nombreuses possibilités de renforcer l'OMS. Je suis d'accord avec vous que, plutôt que de simplement critiquer l'OMS, il faut trouver des moyens d'améliorer ses méthodes de travail et se montrer des collaborateurs efficaces et des chefs de file dans nos rapports avec l'organisation. Nous avons déclaré dans notre rapport que les avertissements aux voyageurs émis par Santé Canada ne reposaient pas sur des bases plus solides que ceux de l'OMS — il s'agit d'un problème généralisé — et cela en dépit de notre frustration bien compréhensible à l'échelle nationale et de la colère que cela a suscitée.

Je pense que les détachements de personnel jouent un rôle important. L'agence doit mettre en place une fonction de liaison efficace et comportant de nombreuses dimensions avec l'OMS. Cela nous ramène à cette vision de la manière dont les carrières devraient se dérouler, de sorte que les infirmières en santé publique obtiennent leur baccalauréat, puis une maîtrise en santé publique, après quelques années d'expérience dans la lutte contre



and are sent to Geneva to be a liaison on building capacity for public health nursing in developing countries — or surveillance systems.

We need to develop a sense of the ability of these skilled personnel to have a choice of a career in one location, as part of the community, or as global citizens — I hope always with the maple leaf stitched on their backpack — moving from Toronto to Moose Jaw to Geneva.

We did see the WHO play an effective leadership role in coordinating some of the laboratory activity. They have their own outbreak response network that helped in investigating the outbreak in Hong Kong, which included people from our National Microbiology Laboratory.

We need to be at the table, part of the networks, part of the response teams. We recommended that the Government of Canada take seriously our role in outreach to build capacity in the infectious disease and research area. These things do move across borders so quickly. As a form of international capacity building, sending excellent people in public health to work with other nations that have less capacity, under the WHO rubric, would be a terrific way for us to participate in the creation of that kind of global surveillance system to deal with the other senator's issue — and that is what do you do about the fact that the information may never get to the national capital in another country, let alone to us here in Canada? This is now an international set of concerns. Public health is global, and we have to act as members of a global family.

**Senator Trenholme Counsell:** I want to echo the words that this is a brilliant report. It made me proud as an alumnus of your faculty to receive this report and watch you today. This was an extremely acute crisis in our country. The fact that you have prepared this report in four months is amazing. It is an acute response — and when I heard that you were a cardiovascular person, I could understand how you work.

Our government must respond to this in the way that you have prepared it. There are so many things in front of the government right now, but I think Canadians would want this to go to the top of the pile. You have pointed out the urgency of it. I hope that we, as the Senate, can play a part in ensuring this gets the kind of urgent attention it deserves, because you prepared it in such an

les épidémies et dans le travail de première ligne en santé publique, reviennent à l'université en vue d'y décrocher un doctorat en politique en matière de santé publique, pour retourner travailler pour l'agence canadienne de la santé publique et être plus tard envoyée à Genève pour y servir d'agent de liaison chargé de mettre sur pied des infrastructures de soins infirmiers en santé publique dans les pays en développement — ou des systèmes de surveillance.

Nous devons parvenir à établir les compétences nécessaires à ces personnes afin qu'elles puissent exercer leur carrière quelque part, dans la même localité, en tant que membre de leur collectivité, ou alors en tant que citoyens du monde — en espérant qu'elles continueront d'arborer l'emblème de la feuille d'érable sur leur sac à dos — en passant de Toronto à Moose Jaw, puis à Genève.

Nous avons été à même de constater que l'OMS avait joué un rôle de leadership efficace en coordonnant certaines activités de laboratoire. L'organisation dispose de son propre réseau d'intervention contre les épidémies ayant contribué aux recherches visant à établir les circonstances de l'écllosion du syndrome à Hong Kong, et ce réseau comprend du personnel de notre Laboratoire national de microbiologie.

Nous devons être présents à la table, faire partie des réseaux ainsi que des équipes d'intervention. Nous avons recommandé au gouvernement du Canada de prendre très au sérieux notre rôle de rayonnement en vue de renforcer les capacités dans le domaine des maladies infectieuses et de la recherche. Ces choses franchissent les frontières avec une telle rapidité. Et justement, dans le cadre du renforcement des capacités, envoyer du personnel compétent en santé publique pour qu'il collabore avec d'autres nations moins favorisées à cet égard, sous la bannière de l'OMS, serait un merveilleux moyen pour nous de participer à la création de ce système de surveillance internationale en vue de régler le problème soulevé par l'autre sénateur — c'est-à-dire que faire au sujet de la transmission de l'information à la capitale nationale dans un autre pays, et à plus forte raison, ici même au Canada? Il s'agit désormais d'un ensemble de préoccupations pour la communauté internationale. En effet, la santé publique est une affaire planétaire, et nous devons agir comme des membres d'une grande famille planétaire.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Je tiens à me joindre au concert de louanges à l'endroit de votre rapport. J'ai été très fière, en tant qu'ancienne de votre faculté, de recevoir ce rapport et de vous écouter aujourd'hui. Nous avons vécu une crise extrêmement grave dans ce pays. Je trouve tout simplement fascinant que vous ayez réussi à préparer ce rapport en l'espace de quatre mois. Il représente une réponse précise — et lorsque je vous ai entendu dire que vous êtes un chirurgien cardiovasculaire, j'ai tout de suite compris votre méthode de travail.

Notre gouvernement doit réagir en adoptant la même méthode que celle que vous avez utilisée pour rédiger ce rapport. Le gouvernement a tant de défis à relever en ce moment, mais je pense que les Canadiens voudraient que ceci se retrouve dans le haut de la liste des priorités. Vous avez vous-même insisté sur l'urgence d'agir. J'espère qu'en tant que membres du Sénat, nous



excellent way. It is an inspiration. I think the front-page attention it got in the media was excellent, and that was exciting. I wanted to say that, and congratulate you.

You have dealt with the constitutional part of it, but I put a question mark beside this. You said that no specific dollars are transferred now to the provinces for public health, and probably what you are envisaging would require dollars for the provinces, specifically to build up their capacity.

Having worked in a provincial context, I could see the lights going on in the heads of all the ministers of health from the provinces, and a real hassle at a federal-provincial meeting by designating health dollars for one thing. That is one of the challenges in all of this. It has been constitutionally addressed subsequent to my putting an asterisk by this. However, it will represent a real problem if the federal government moves toward designating dollars out of that global health budget for public health. That will have to be addressed. There is not time to deal with that, but it certainly will be an issue.

I liked what you said about nurses taking public health master's programs. That is happening. I know it happens at the University of New Brunswick. I believe that there are nurse practitioners who do their master's in a subject relevant to public health, and it is very important and exciting for the nursing profession.

I hope that you can use your influence — and I think you have an enormous influence and a strong voice right now — to ensure this gets treated as something acute should be treated.

**Dr. Naylor:** Thank you.

**The Chairman:** I should say to you that Senator Trenholme Counsell began her professional life in public health. She was a graduate of the University of Toronto medical school and practised as a family practitioner in New Brunswick for nearly three decades. Her background, and passion for these issues, is quite clear.

**Senator Cordy:** I would like to echo what my colleagues have stated. For somebody with a non-medical background, to receive a medical document that is easy reading is laudable.

I would like to ask about the national immunization strategy. Certainly we all know that immunization has been a proven preventive health measure. However, we have a couple of problems. One is the absence of registries in most jurisdictions.

serons en mesure de jouer un rôle pour que vos recommandations reçoivent l'attention urgente qu'elles méritent, parce que vous les avez préparées de si excellente manière. Vous êtes vraiment une source d'inspiration. Les médias ont traité la publication de votre rapport comme une nouvelle sensationnelle, et c'est excellent et aussi stimulant. Je tenais à le dire et à vous féliciter.

Vous avez abordé les aspects constitutionnels de la question, mais j'avais mis un astérisque juste à côté. Vous avez mentionné que les provinces ne recevaient pas actuellement de financement directement lié à la santé publique, et ce que vous envisagez nécessitera sans doute une certaine forme de financement pour les provinces, en particulier pour renforcer leurs capacités.

Pour avoir travaillé dans un contexte provincial, je vous assure que je vois déjà les clignotants s'allumer dans la tête de tous les ministres de la Santé des provinces, et j'entrevois les levées de bouclier lors des réunions fédérales-provinciales si on accordait les transferts au titre de la santé en leur attribuant des utilisations particulières. Et ce n'est qu'un des défis que représente toute cette situation. Vous avez parlé des aspects constitutionnels de cette question après que j'ai marqué ce passage d'un astérisque. Toutefois, il y aura un vrai problème si le gouvernement fédéral décide de désigner certains montants à même le budget de la santé pour l'affecter à la santé publique. Il faudra se pencher sur cette question. Nous n'avons pas le temps de le faire maintenant, mais cela deviendra certainement un problème.

J'ai apprécié ce que vous avez dit au sujet des infirmières qui s'inscriraient dans des programmes de maîtrise en santé publique. Cela se produit déjà. Je sais que cela se fait à l'Université du Nouveau-Brunswick. Je crois que des infirmières praticiennes ont choisi de faire leurs études de maîtrise dans le domaine de la santé publique, et c'est très important et stimulant pour la profession infirmière.

J'espère que vous pourrez user de votre influence — et je pense qu'elle est énorme et que l'on écoute ce que vous avez à dire en ce moment — pour vous assurer que cette question recevra l'attention qu'elle mérite.

**Le Dr Naylor:** Merci.

**Le président:** Je devrais mentionner que le sénateur Trenholme Counsell a commencé sa carrière professionnelle dans la santé publique. Elle est diplômée de la faculté de médecine de l'Université de Toronto et elle a exercé sa profession en médecine familiale au Nouveau-Brunswick durant pratiquement trois décennies. Ses antécédents et l'intérêt passionné qu'elle voue à ces questions sont très évidents.

**Le sénateur Cordy:** J'aimerais répéter ce que mes collègues ont déjà dit. Pour une profane dans le domaine, recevoir un document de nature médicale qui soit facile à lire mérite des félicitations.

J'aimerais en savoir plus au sujet de la stratégie nationale d'immunisation. Bien sûr, nous savons tous que l'immunisation s'est révélée une mesure préventive efficace. Cependant, il y a quelques ombres au tableau. L'un des problèmes tient à l'absence de registres dans la plupart des secteurs de compétence.



You talk in your report about improving the information system. Does that mean that all provinces would have to keep a record of those who have been immunized? No matter what wonderful vaccines we have, if people are not vaccinated, it does not do any good. How do we persuade people to get vaccinated?

In my province of Nova Scotia, the pharmacists have started a program where they offer immunization at local pharmacies. It is just a trial project, but the province is actually paying for the vaccine and sending it to the pharmacies. The pharmacies are doing it as a goodwill gesture.

What types of things can we do to ensure that people do become immunized?

**Dr. Naylor:** Yes, we definitely envisage that all provinces would keep, ideally, a coherent set of immunization and vaccination records; and that this would be rolled up into a set of reports that would give us a sense of our degree of coverage nationally. Again, consistent with an accountability approach to the use of the funds, we would try to ensure that we know that we are getting optimal coverage. We believe the information systems must be enhanced.

I want to emphasize that even this amount of money is modest.

The national immunization strategy, as it rolled out from the FPT tables, was slated to be about \$200 million for the vaccine purchase alone, plus information systems. We are counting on this as money that would go a meaningful distance toward helping provinces purchase vaccines, knowing that some provinces have moved ahead and others have not. Again, we are trying to be consistent with the Social Union Framework Agreement strategy here and not penalizing those that have moved ahead. This is actually a modest investment, especially given the payoffs from it.

On the question of trying to ensure that people are vaccinated, obviously when you deal with children in the school system there is a series of provisions; you get a notice and are not allowed to go back to school unless you are protected. There are mechanisms in place in terms of some of the required vaccines that tend to track individuals and create compliance. As you get into issues like influenza, obviously you would love to see vaccines more widely available. We have mentioned that pharmacies might play a role in a crisis. Is there a way for pharmacies to play a role during business as usual? I know the Canadian Pharmacists Association raised this in their submission to our committee. We thought about the immunization strategy as being not just about purchasing and systems, but ideally, drawing people together in this field to decide how do we get out there, what is the battle

Vous mentionnez dans votre rapport l'amélioration du système d'information. Est-ce que cela signifie que toutes les provinces devront tenir un registre des personnes ayant été immunisées? Peu importe la qualité des vaccins dont nous disposons, si les gens ne se font pas vacciner, ils ne servent à rien. Comment persuader les gens de se faire vacciner?

Dans ma province, en Nouvelle-Écosse, les pharmaciens ont commencé un programme qui offre la vaccination dans les pharmacies locales. Ce n'est encore qu'un projet pilote, mais la province paie les vaccins et elle les achemine dans les pharmacies. Quant aux pharmaciens, ils les dispensent dans un geste de bonne volonté.

Que pourrions-nous faire pour inciter les gens à se faire vacciner?

**Le Dr Naylor:** Oui, absolument, nous envisageons que toutes les provinces devraient tenir, idéalement, un jeu de dossiers sur l'immunisation et la vaccination; et ces dossiers seraient condensés dans un ensemble de rapports qui nous donneraient une idée de la couverture vaccinale au pays. Je le répète, de concert avec l'adoption d'une approche axée sur la reddition de comptes concernant l'utilisation du financement, nous aimerions nous assurer par ailleurs d'obtenir une couverture vaccinale optimale. Nous pensons que ces systèmes d'information doivent être améliorés.

Je tiens à souligner que même ce montant d'argent est modeste.

La Stratégie d'immunisation nationale, telle qu'elle a été définie aux tables fédérales-provinciales et territoriales, a été évaluée à environ 200 millions \$ pour l'achat des vaccins seulement, plus le système d'information. Nous considérons que cette somme représente un investissement de longue portée puisqu'il permettra aux provinces de faire l'achat des vaccins, sachant que certaines provinces ont amorcé le processus et d'autres pas. Encore une fois, nous nous efforçons d'être en accord avec la stratégie de l'entente-cadre sur l'union sociale, et de ne pas pénaliser ceux qui ont décidé d'aller de l'avant. Il s'agit en fait d'un investissement modeste, surtout en regard de ses retombées.

Pour de qui est de la question de savoir comment faire pour s'assurer que les gens se font vacciner, évidemment lorsque vous avez affaire à des enfants qui fréquentent l'école, il existe une panoplie de dispositions; les parents reçoivent un avertissement comme quoi les enfants ne pourront revenir à l'école à moins d'avoir été vaccinés. Il y a des mécanismes prévus en ce qui concerne les vaccins obligatoires qui permettent de faire un suivi sur les personnes et de favoriser la conformité. En ce qui concerne des maladies comme la grippe, évidemment, on aimerait que les vaccins soient plus facilement disponibles. Nous avons mentionné que les pharmaciens pourraient jouer un rôle important en cas de crise. C'est un moyen trouvé pour que les pharmacies puissent jouer un rôle durant les périodes normales. Je sais que l'Association des pharmaciens du Canada a soulevé cette



plan, what are the strategies that work? We do not have a magic bullet for changing human nature.

The story of public health is that people do not value prevention. There is a natural instinct to buy too little insurance, to be chagrined if you do not need it when you should be relieved, and to put off that immunization or not bother to change lifestyles or do whatever we need to do to prevent illness and maintain health. Immunization falls into the same category sometimes.

**Senator Léger:** The general public, or at least in my case, were extremely moved when we heard that a doctor and the nurses who were caring for the hospitalized SARS patients died. With globalization, travel and screening, I began thinking of the mosquitoes that came in swarms this summer. We had to be very careful because of the West Nile disease. Is there a danger, with all these precautions that must be taken, of crying wolf?

At the same time, you must warn us and we must be ready. That is the medical side of it; parallel to that, could judgment come into it? Is there as much energy put in to avoiding false alarms that scare people?

How long does it take for the commercial interests to get involved? I was still worrying about SARS, the disease, but other people were already worrying that it was affecting business. The focus was somewhere else. For me, it was the illness. When you give your warnings, they are about the illness, but the other issues arise very quickly.

**Dr. Naylor:** I appreciate the expression of sympathy about the health care workers who were affected. One doctor and two nurses died of SARS. Scores of others were sick, some very seriously.

It is hard for me to convey the stress that this put on colleagues. I will not get into all of the detailed anecdotes, but I will tell you that this was an extremely harrowing time in Toronto in the health care system.

I agree that there is a danger of crying wolf. This is a real teeter-totter in terms of preparedness and communication. We rode that teeter-totter in SARS. We went from being hugely alarmed and alarmist, and then when the WHO slapped us with a

question lors de son témoignage devant notre comité. Nous avons pensé la stratégie d'immunisation non seulement en termes d'achat et de systèmes, mais aussi idéalement, comme un moyen de réunir les intervenants dans ce domaine pour qu'ils décident comment atteindre les objectifs, quel est le plan d'attaque, et quelles sont les stratégies les plus susceptibles de donner de bons résultats. Nous n'avons pas de baguette magique pour changer la nature humaine.

Toute l'histoire de la santé publique repose sur le fait que les gens n'accordent pas beaucoup de valeur à la prévention. Un instinct naturel nous pousse à prendre des assurances insuffisantes, à nous attrister de ne pas en avoir besoin, alors qu'au contraire on devrait se sentir soulagé, et à refuser l'immunisation ou alors à ne pas vouloir changer son style de vie ou à ne pas faire ce qu'il faut pour prévenir la maladie et vivre en bonne santé. L'immunisation tombe parfois dans la même catégorie.

**Le sénateur Léger:** Le grand public en général, ou du moins moi-même, avons été extrêmement troublés d'apprendre qu'un médecin et des infirmières qui prenaient soin des patients hospitalisés pour le SRAS étaient décédés. Avec la mondialisation, les voyages et le dépistage, j'ai commencé à penser aux moustiques qui sont arrivés en masse cet été. Nous devons nous montrer très prudents à cause du virus du Nil occidental. N'y a-t-il pas un danger, en exigeant la prise de toutes ces mesures de précaution, de crier au loup?

En même temps, vous devez nous prévenir et nous devons nous préparer. C'est la philosophie de la médecine qui le veut; mais en parallèle avec cette attitude, ne devrait-on pas faire preuve d'un peu de jugement? Est-ce que l'on déploie suffisamment d'énergie pour éviter les fausses alarmes qui effraient les gens?

Il ne faut pas attendre longtemps avant que les intérêts commerciaux se fassent entendre. J'étais encore à m'inquiéter au sujet du SRAS, de la maladie, mais déjà d'autres personnes commençaient à se préoccuper des répercussions sur le monde des affaires. L'intérêt était ailleurs. En ce qui me concerne, l'important était la maladie. Lorsque vous lancez vos avertissements, ils portent sur les risques liés à la maladie, mais les autres aspects de la question ne tardent pas à se manifester.

**Le Dr Naylor:** J'apprécie le témoignage de sympathie à l'endroit des soignants qui ont été touchés. En effet, un médecin et deux infirmières sont morts du SRAS. Beaucoup d'autres ont été malades, et certains très gravement.

Il m'est difficile de traduire le stress que cela impose aux collègues. Je n'entrerai pas dans des anecdotes détaillées, mais je peux vous dire que ce fut une période extrêmement pénible dans les rangs du personnel du système de soins de santé de Toronto.

Je suis d'accord avec vous qu'il existe un risque de crier au loup. On assiste à un mouvement de balancier entre la préparation et la communication. Nous étions soumis à ce mouvement avec l'épidémie du SRAS. Nous sommes passés par



travel advisory, to suddenly saying, "What are you talking about? Everything is fine." It was not the most credible performance.

In finding the balance so that we get people to be prepared without being alarmed, we understand that there are concerns and that it is okay to be anxious, but most of us are healthy most of the time and getting on with our lives and this will not necessarily sweep through the country tomorrow. That has been a challenge with SARS. You hear people say, "Only 44 people died." For the 44 families, it is a huge tragedy and the damage to the health care system was enormous. At the same time, you can understand why some people would say: "Well, influenza kills hundreds every winter; 44 people is the number we lose in this country on the roads on a long weekend." Where is the balance?

It is important to understand that there is a need for balance. There are things we can do to prevent these outbreaks, to contain them better and limit the harm so that we do not have 44 deaths and hundreds of people sick next time. That is not trivial. It is a huge issue in this country. At the same time, we should not cry wolf, as you say, and lose sight of all of the other issues.

One of the things that happened is we were so consumed with fighting SARS that virtually all other public health functions stopped. One does wonder what harm was done. The health care system in parts of Ontario was paralyzed for weeks. It is estimated there were thousands of surgical cases delayed or backlogged. There was huge harm from that, too. We have to get it right. We cannot be on the teeter-totter going up and down, either overreacting or being blasé or trivializing things that cause huge harm. Finding the right balance is where we have to go from here.

**Senator Fairbairn:** My question is, in a way, connected to what Senator Léger asked, and I ask it of you because it is been asked of me in the area where I am from, Alberta. You mentioned BSE. You mentioned West Nile. We have SARS. We are very close to the state of Montana in the southwest corner. The question that I have been asked repeatedly is what happened in the United States? Here we were under the international spotlight. We obviously had people in deep distress, it was all very public and people were curious as to whether the United States escaped this same issue even though they have open borders and obviously many travellers from around the world. We never heard much about that. Are you aware of the situation?

toute la gamme des émotions, d'une inquiétude énorme à une attitude alarmiste, et lorsque l'OMS nous a assommés avec ses avertissements aux voyageurs, nous nous sommes retrouvés en train de dire: «Mais qu'est-ce que vous racontez? Tout va bien.» Ce ne fut pas une performance des plus crédibles.

Dans l'effort pour trouver un équilibre dans la manière de demander à la population de se préparer sans l'alarmer, nous comprenons qu'il y a place pour l'inquiétude et que c'est normal d'être anxieux, mais la plupart d'entre nous sommes en bonne santé la plupart du temps et nous vaquons à nos occupations, et cela ne risque pas de balayer le pays d'un océan à l'autre demain matin. Ce fut un réel défi à relever concernant le SRAS. On entend des choses comme: «Il n'y a eu que 44 décès.» Pour les 44 familles, il s'agit d'une tragédie affreuse et les dommages causés au système de soins de santé ont été énormes. Par ailleurs, on peut comprendre pourquoi certains affirment: «La grippe tue chaque année des centaines de personnes; 44 personnes est le nombre d'accidentés de la route qui décèdent dans ce pays durant un long week-end.» Alors, où se trouve le juste milieu?

Il est important de comprendre qu'il faut trouver le juste milieu. Il y a des choses que nous pouvons faire pour éviter ces flambées, pour mieux les contenir et pour limiter les dégâts, de sorte que la prochaine fois il n'y ait pas 44 décès et des centaines de personnes malades. Ce n'est pas anodin. C'est une question d'une importance capitale dans ce pays. En même temps, nous ne devons pas crier au loup, comme vous dites, et perdre de vue toutes les autres questions.

L'une des choses qui s'est produite est que nous étions tellement obnubilés par la lutte contre le SRAS que nous avons pratiquement cessé de nous occuper de toutes les autres fonctions sanitaires. On est en droit de se demander quels dommages en ont résulté. Dans certaines régions de l'Ontario, le système de soins de santé a été paralysé durant des semaines. On estime que des milliers d'interventions chirurgicales ont été retardées ou remises à une date ultérieure. Cela aussi a eu des répercussions. Nous devons faire les choses comme il faut. Nous ne pouvons pas nous balancer d'un extrême à l'autre, soit en réagissant de façon exagérée, soit en nous montrant blasés ou en minimisant des choses qui occasionnent d'énormes dommages. Trouver le bon équilibre est ce qu'il nous reste à faire à partir de maintenant.

**Le sénateur Fairbairn:** Ma question a, d'une certaine manière, un rapport avec celle du sénateur Léger, et je vous l'adresse parce qu'on me l'a posée dans la région d'où je viens, en Alberta. Vous avez mentionné l'EBS. Vous avez aussi parlé du virus du Nil occidental. Et il y a eu le SRAS. Nous sommes situés très près de l'État du Montana, dans la région sud-ouest. La question que l'on m'a posée à maintes reprises est celle-ci: que s'est-il passé aux États-Unis? Nous étions sous les projecteurs du monde entier. Il est clair que des gens vivaient une grande détresse, tout cela était du domaine public et on était curieux de savoir si les Américains avaient réussi à éviter le problème, même si leurs frontières sont ouvertes et qu'il y circule énormément de voyageurs de partout. Nous n'avons pas entendu grand-chose à ce sujet. Êtes-vous au courant de la situation?



**Dr. Naylor:** There is speculation of all kinds about why there were not more cases in the U.S. To give you a flavour, and I repeat it not to endorse it, because I think it is purely speculative, I have heard one colleague argue that the traffic back and forth with Asia was reduced as a result of the Iraq war and the climate of tourism and interaction with the U.S.

My response is that there is no way the traffic was less in absolute terms than ours. That makes no sense to me. Another colleague said that the case definitions were more restrictive. Yes, you can have state-to-state variation and they have some of the same problems that we have with surveillance and case definitions. However, the CDC is very influential, and if there were any systematic under-reporting, could we imagine that the *New York Times* or *The Washington Post* would not be all over this?

One hears that perhaps there has been a jump in cases of non-specific community-acquired pneumonia. Perhaps it was misclassified. I have not seen a significant amount of evidence for that either.

There are all kinds of speculation in the public health and infectious disease community about why the States had fewer cases. We should stop speculating. Do the international-lessons-learned exercises and find out why they had fewer cases or why Japan had virtually none. Let us look at our neighbours to the south and other countries and figure out the factors that meant that some countries had lots of SARS cases and others did not. We will be in better shape to prevent the next outbreak once we know that.

That kind of international lessons exercise has yet to happen. Hong Kong did one recently. I am sure Singapore will do one. We have a couple underway in Ontario. Our panel has reported.

We really need to draw together all the international threads and figure out what is happening. For now, the answer to the question is that I have no idea why the U.S. had so few cases. I am glad for them that they did not face an outbreak like ours. I hope we will understand on a global scale why some countries were relatively spared.

**The Chairman:** Dr. Naylor, on behalf of the committee, I wish to thank you for, first, allowing us to prevail upon your time for substantially longer than I told you we would. That is not unusual with this committee, by the way.

I thank you for your extremely articulate responses to our questions. They will be very helpful to us in preparing our final report.

**Le Dr Naylor:** Des spéculations de tout genre circulent à savoir s'il n'y a pas eu davantage de cas aux États-Unis. Pour vous donner un avant-goût, et je répète que je n'approuve pas ces affirmations, parce qu'à mon avis elles relèvent de la pure spéculation, j'ai entendu un collègue dire que le trafic dans les deux sens avec l'Asie était réduit à cause de la guerre en Irak, et du climat du tourisme et des interactions avec les États-Unis.

Je répondrai à cela qu'en aucune manière leur trafic de voyageurs a été inférieur en termes absolus au nôtre. Cela n'a tout simplement pas de sens. Un autre collègue a avancé que leurs définitions des cas de maladies étaient plus restrictives. Il est vrai qu'il existe des variantes d'un État à l'autre, et qu'ils éprouvent certains problèmes semblables aux nôtres au chapitre de la surveillance et des définitions de cas. Toutefois, les CDC ont beaucoup d'influence, et s'il y avait eu systématiquement une déclaration inférieure à la réalité du nombre de cas, pouvez-vous imaginer que le *New York Times* ou *The Washington Post* ne se serait pas emparé de la question?

On entend dire qu'il y aurait eu une augmentation du nombre de cas de pneumonies non caractérisées acquises dans la collectivité. Peut-être qu'elles ont été mal classées. Dans ce cas non plus, je n'ai pas vu de preuves significatives de cette affirmation.

Diverses spéculations circulent dans le monde de la santé publique et des maladies infectieuses sur la raison pour laquelle il y aurait si peu de cas aux États-Unis. Nous devrions cesser de spéculer et nous concentrer plutôt sur les exercices visant à tirer des leçons à l'échelle internationale et à trouver pourquoi le Japon n'a eu pratiquement aucun cas de maladie. Examinons le cas de nos voisins du sud et des autres pays et essayons de déterminer les facteurs pour lesquels certains pays ont eu beaucoup de cas de malades atteints du SRAS, tandis que d'autres n'en ont pas eus. Nous serons ainsi mieux préparés pour éviter la prochaine résurgence une fois que nous aurons compris cela.

Mais ce genre d'exercice visant à tirer des leçons internationales reste à faire. Hong Kong en a fait un récemment. Je suis sûr que Singapour va le faire aussi. Nous en avons quelques-uns en cours en Ontario. Notre comité en a parlé.

Il faut vraiment que nous réunissions tous les éléments d'information et les chiffres internationaux sur ce qui s'est passé. Pour le moment, la réponse à la question est que je n'ai pas la moindre idée de la raison pour laquelle les États-Unis ont eu si peu de cas de maladie. Je suis heureux qu'ils n'aient pas eu à faire face à une épidémie comme la nôtre. J'espère que nous comprendrons à l'échelle planétaire pourquoi certains pays ont été relativement épargnés.

**Le président:** Docteur Naylor, au nom du comité, je tiens à vous remercier, tout d'abord, de nous avoir laissés abuser de votre temps pendant une plus longue période que ce qui avait été prévu. Soit dit en passant, ce sont des choses qui arrivent avec ce comité.

Je vous remercie de vos réponses extrêmement précises à nos questions. Elles nous seront très utiles pour la rédaction de notre rapport définitif.





*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

**Wednesday, October 8, 2003:**

*From the University of Toronto:*

Dr. John Frank, Professor, Department of Public Health Science,  
Faculty of Medicine.

**Thursday, October 9, 2003:**

*From the University of Toronto:*

Dr. David Naylor, Dean, Faculty of Medicine.

#### TÉMOINS

**Le mercredi 8 octobre 2003:**

*De l'Université de Toronto:*

Le Dr John Frank, professeur, Département des sciences de la santé  
publique, Faculté de médecine.

**Le jeudi 9 octobre 2003:**

*De l'Université de Toronto:*

Le Dr David Naylor, doyen, Faculté de médecine.







Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Social Affairs, Science and Technology

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, October 22, 2003

Le mercredi 22 octobre 2003

Issue No. 24

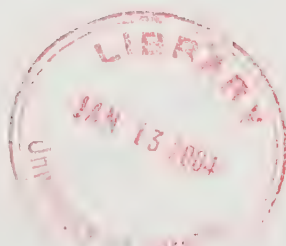
Fascicule n° 24

**Eighth meeting concerning:**  
Public health emergencies arising  
from infectious disease

**Huitième réunion concernant:**  
Les problèmes de santé publique liés aux  
maladies infectieuses

WITNESS:  
(See back cover)

TÉMOIN:  
(Voir à l'endos)





THE STANDING SENATE COMMITTEE  
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE  
AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck  
\* Carstairs, P.C.  
(or Robichaud, P.C.)  
Cook  
Cordy  
Fairbairn, P.C.  
Léger

Keon  
\* Lynch-Staunton  
(or Kinsella)  
Morin  
Roberston  
Roche  
Rossiter

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck  
\* Carstairs, c.p.  
(ou Robichaud, c.p.)  
Cook  
Cordy  
Fairbairn, c.p.  
Léger

Keon  
\* Lynch-Staunton  
(ou Kinsella)  
Morin  
Roberston  
Roche  
Rossiter

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA Wednesday, October 22, 2003  
(36)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:45 p.m, this day, in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, P.C., Kirby, LeBreton, Robertson, Roche (8).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the committee began its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**WITNESS:**

*From the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (by video conference):*

Dr. James Hughes, Director, National Center for Infectious Diseases.

James Hughes answered questions.

The Honourable Senator LeBreton moved — That Dr. James Hughes' statement, as distributed, be tabled with the committee as an exhibit and that it appear as an appendix in the committee Proceedings. (Exhibit 5900-2.37/S2-SS-5-9, "1")

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator LeBreton moved — That the committee authorises the Subcommittee on Procedure and Agenda to approve the final report on public health emergencies arising from infectious disease.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 5:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

*(Text of the report appears following the evidence)*

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 22 octobre 2003  
(36)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 45, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, c.p., Kirby, LeBreton, Robertson, Roche (8).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité commence son étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique au Canada, ainsi que de la capacité du Canada à réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**TÉMOIN:**

*Du U.S. Centers for Disease Control and Prevention (par vidéoconférence):*

Le Dr James Hugues, directeur, Centre national d'épidémies infectieuses.

Le Dr James Hugues répond aux questions.

L'honorable sénateur LeBreton propose — Que la déclaration du Dr James Hugues, telle que distribuée, soit déposée auprès du greffier du comité et figure en annexe aux délibérations du comité (pièce 5900-2.37/S2-SS-5-9. «1»)

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur LeBreton propose — Que le comité autorise le Sous-comité du programme et de la procédure à approuver le rapport final concernant les urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

*(Le texte du rapport paraît après les témoignages)*



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 22, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:45 p.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, we have with us today from Atlanta, where it is significantly warmer than the barely above freezing that it is here, Dr. Hughes, who is the Director of the National Center for Infectious Diseases of the Centers for Disease Control and Prevention.

Dr. Hughes, while the SARS outbreak was going on in this country, the CDC was getting laudable press coverage virtually every day. You are regarded very much as the world's experts in the kind of work that you do. We know your busy schedule. We appreciate you taking the time to be with us today to talk about what you do, what Canada ought to do or any new things we ought to put in place, so that the next time SARS or its equivalent appears, we would be in a better position to handle it.

Thank you for appearing. I know you have a statement that you would like to make. If you want to turn to that, we will then ask you some questions.

**Dr. James Hughes, Director, National Center for Infectious Diseases, U.S. Centers for Disease Control and Prevention:** For the sake of time, I do have a prepared statement here, but I would be willing to forego that and go to the questions, if you prefer. The statement I have is a shortened variation on the written testimony that we submitted. I am happy to do it either way.

**The Chairman:** I would like to make maximum use of your time to respond to questions, since you did submit a statement.

At the broad level, you would have had experience in the case of SARS, in particular. By the way, the intent of our work here is to be constructive. It is not to find scapegoats or to be blaming anyone. We are trying to find ways to improve the system for the future. What are your perspectives on what Canada ought to add to its existing system, or even subtract if there are some things we do not need, in order to be able to respond in the future to another SARS-type outbreak? I say that because there seems to be a general consensus that while we do not know if it will come back, we must be prepared if it does.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 22 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 45 pour poursuivre l'étude sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Sénateurs, nous accueillons aujourd'hui, en direct d'Atlanta, où il fait sensiblement plus chaud qu'ici, où la température est à peine supérieure au point de congélation, le Dr Hughes, directeur du Centre national d'épidémies infectieuses des Centers for Disease Control and Prevention.

Docteur Hughes, à l'époque où l'épidémie de SRAS battait son plein au pays, le CDC bénéficiait de rapports de presse favorables, presque tous les jours. Dans votre domaine, vous êtes considéré comme l'un des plus éminents spécialistes mondiaux. Nous savons que vous avez un emploi du temps très chargé. Nous vous sommes reconnaissants de prendre le temps d'être avec nous aujourd'hui pour nous parler de vos activités, de ce que doit faire le Canada ou des mesures nouvelles que nous devrions prendre, afin que, la prochaine fois qu'un phénomène comme le SRAS ou l'équivalent se présente, nous soyons mieux en mesure d'y faire face.

Merci de comparaître devant nous. Je sais que vous avez préparé une déclaration. Je vous invite à la faire, après quoi nous vous poserons quelques questions.

**Le Dr James Hughes, directeur, Centre national d'épidémies infectieuses, U.S. Centers for Disease Control and Prevention:** Par souci d'économie de temps, j'ai préparé une déclaration écrite, mais, si vous préférez, je suis disposé à renoncer à vous la présenter pour passer directement aux questions. La déclaration est une version abrégée du témoignage écrit que nous avons soumis. C'est comme vous voulez.

**Le président:** Puisque vous avez soumis un mémoire, je préfère utiliser votre temps au maximum pour la réponse à des questions.

Au niveau général, vous êtes au courant de l'affaire du SRAS en particulier. Soit dit en passant, nous avons pour but de mener des travaux constructifs. Nous ne cherchons ni à désigner des boucs émissaires ni à rejeter le blâme sur qui que ce soit. Nous sommes ici pour trouver des moyens d'améliorer le système pour l'avenir. À votre avis, qu'est-ce que le Canada devrait ajouter à son système existant ou même en retrancher, à supposer qu'il renferme des éléments superflus, pour être en mesure de réagir à l'avenir à une nouvelle épidémie comme celle du SRAS? Si je pose la question, c'est parce que tout le monde semble s'entendre pour dire que nous devons être prêts à faire face à toute éventualité même si nous ne savons pas si l'épidémie réapparaîtra.



**Dr. Hughes:** That is the bottom line. SARS is an excellent example of a global microbial threat. It is the best example until we encounter the next pandemic of influenza, which does lie out there. We know that will occur; however, we simply do not know when. Many of the lessons from SARS are certainly applicable to pandemic influenza preparedness and bio-terrorism preparedness. It is important that we, you and other countries take this seriously and learn from it.

In terms of some of the obvious lessons, there is the importance of vigilance, the importance of transparency by all countries. I think the unfortunate global experience with SARS might have been entirely avoided, or at least mitigated, with earlier recognition of and effective response to the outbreak that was occurring in South China. We know that we live in a global village, and once these problems occur, we know that diseases can spread rapidly around the world. In all the years I have been responsible for infectious diseases here at CDC, the most stunning thing I have seen is the Hotel Metropole experience: the Chinese physician spending 24 hours on the ninth floor there and infecting about 16 people, which moved that virus rapidly around much of the world. These things can happen in modern society and it truly is a global village. Therefore, we have to pay attention to problems in other countries. We have to support the World Health Organization in their efforts to strengthen global surveillance and response capacity and also in their interest in encouraging governments to be transparent when they encounter problems of potential global significance.

Rather than saying what needs to be added or subtracted, let me share a few thoughts about things that need to be in place.

First, there must be effective disease surveillance, supported by modern public health laboratory capacity. The public health world needs to be closely linked to the clinical world. I do not know about Canada, but in the United States, there often remains a gulf between the world of clinical medicine and the world of public health. Emerging infections generally, antibiotic resistance and organism problems, as well as SARS, absolutely demand we focus on ways to improve the linkages and the communication between the clinical world and the public health world.

Similarly, there is a bigger gulf between human medicine and public health on the one hand and veterinary medicine and public health on the other hand. SARS is an excellent example of a zoonosis: a disease transmitted from animals to people. Many of the recent emerging infectious diseases have fallen into this zoonotic category. Therefore, it is important that we take steps to improve linkages, cooperation and communication between the human health world and the veterinary world.

**Dr Hughes:** C'est le fond de la question. Le SRAS constitue un excellent exemple de menace microbienne mondiale. C'est le meilleur exemple dont nous disposerons jusqu'à ce que la prochaine pandémie de grippe, qui nous attend au tournant, se déclenche. Nous savons qu'elle se produira; cependant, nous ignorons à quel moment. Il est certain que les leçons tirées de l'épidémie de SRAS s'appliquent à la préparation à une pandémie de grippe et à une attaque bioterroriste. Il importe que d'autres pays, vous et nous prenions le phénomène au sérieux et en tirions des leçons.

En ce qui concerne certaines des leçons les plus évidentes, on pense à l'importance que revêtent la vigilance et la transparence de tous les pays. Si on avait détecté la flambée qui se préparait dans la Chine méridionale et qu'on y avait réagi de façon efficace, je pense qu'on aurait pu éviter entièrement l'expérience mondiale malheureuse du SRAS, ou à tout le moins en atténuer la gravité. Nous savons que nous vivons dans un village planétaire, tout comme nous savons que ces maladies, une fois qu'elles ont apparu, peuvent se propager rapidement partout dans le monde. Depuis que j'assume la responsabilité des maladies infectieuses ici, au CDC, des années, en réalité, le phénomène le plus stupéfiant dont j'ai été témoin s'est produit à l'Hôtel Métropole: un médecin chinois a passé 24 heures au 9<sup>e</sup> étage de cet établissement et a infecté 16 personnes, ce qui a entraîné un déplacement rapide du virus autour du monde. Dans la société moderne, ce genre de choses se produisent, et nous vivons véritablement dans un village planétaire. Par conséquent, nous devons prêter attention aux problèmes qui se posent dans d'autres pays. Nous devons soutenir l'Organisation mondiale de la santé dans les efforts qu'elle déploie pour renforcer la capacité de surveillance et d'intervention mondiale. Nous devons aussi l'aider à inciter les gouvernements à faire preuve de transparence lorsqu'ils font face à des problèmes susceptibles d'avoir un retentissement mondial.

Au lieu de parler de ce qui doit être ajouté ou retranché, permettez-moi de vous faire part de quelques réflexions sur les mécanismes qui doivent être en place.

Premièrement, on doit compter sur une surveillance épidémiologique efficace, soutenue par un réseau de laboratoires de santé publique modernes. On doit établir des liens étroits entre le monde de la santé publique et le monde clinique. J'ignore ce qu'il en est au Canada, mais, aux États-Unis, on observe souvent un écart prononcé entre le monde de la médecine clinique et celui de la santé publique. Les infections émergentes en général, la résistance aux antibiotiques et les problèmes infectieux, sans oublier le SRAS, exigent de façon péremptoire que nous mettions l'accent sur l'amélioration des liens et de la communication entre le monde clinique et le monde de la santé publique.

De la même façon, on note un fossé encore plus grand entre la médecine humaine et la santé publique, d'une part, et la médecine vétérinaire et la santé publique, d'autre part. Le SRAS constitue un excellent exemple de zoonose: une maladie transmise par les animaux aux humains. De nombreux cas récents de maladies infectieuses émergentes appartiennent à la catégorie zoonotique. Par conséquent, nous devons prendre les mesures qui s'imposent pour améliorer les liens, la coopération et la communication entre le monde de la santé humaine et le monde vétérinaire.



It is important that we continue to work hard to improve cooperation between epidemiologists and laboratories. A recurrent theme is the important linkages that need to be developed, in some cases, or strengthened in others. A final thought is the importance of communication within a country between the local level, the state or provincial level, and the national or federal level.

Second, there is a need, when dealing with a public health emergency such as SARS, to be able to rapidly develop and frequently update new information and to make that available in usable fashion to clinicians, laboratory scientists, the public and policy-makers.

Those are some general principles. If I had gone through the prepared statement, you would have heard a little more detail about each of those themes, but I think that cuts to the bottom line.

**The Chairman:** I will ask a follow-up question on an issue with which we have struggled. In order to close the gaps or to put in place the linkages that are now missing, someone must be in charge. One of the difficulties that we have in the Canadian context — and you have in a different way in the United States — is that health care is delivered by provincial governments rather than the federal government. Yet, an epidemic that crosses provincial boundaries is of national and therefore federal interest.

Given all the chiefs that are found in this milieu, do you have any thoughts on what structures the U.S. can use to pull all of them together so that they are coordinated?

**Dr. Hughes:** That is an excellent question that is difficult to answer in these sorts of emergencies, namely, who is in charge? We have learned many lessons from our anthrax attack two years ago. In responding to that, we created a new Department of Homeland Security here in the United States. We in the Department of Health and Human Services work closely with the Department of Homeland Security. What we have done here at CDC is actually construct an emergency operations centre that allows us to be in instantaneous communication with the emergency operations centre in the Department of Health and Human Services, in Secretary Thompson's immediate office in Washington, D.C. From that centre, we can link with the Department of Homeland Security, as indicated, and to WHO in Geneva. During the early days of the SARS response, we had several video conference links with not only Secretary Thompson's command centre, but also the command centre in WHO.

Beyond that, we need to reach out to the clinical community in the United States as well as the public health community at the state and local levels. As part of our bio-terrorism preparedness, we have put in place several systems that greatly facilitate rapid

Nous devons continuer de déployer des efforts considérables pour améliorer la coopération entre les épidémiologistes et les laboratoires. Les liens essentiels qu'il faut créer, dans certains cas, ou renforcer, dans d'autres, constituent un thème récurrent. En terminant, il ne faut pas oublier l'importance que revêt la communication entre le niveau local, le niveau des États ou des provinces, et le niveau national ou fédéral.

Deuxièmement, on doit, face à une urgence de santé publique comme le SRAS, être en mesure d'élaborer rapidement de nouvelles informations et de les mettre à jour fréquemment; on doit aussi les présenter sous une forme utile aux cliniciens, aux scientifiques qui travaillent dans les laboratoires, aux citoyens et aux décideurs.

C'était là certains principes généraux. Si j'avais présenté mon exposé, vous auriez eu un peu plus de détails à propos de chacun de ces thèmes, mais je crois avoir dit l'essentiel.

**Le président:** Je vais poser une question de suivi qui porte sur un enjeu qui nous a donné du fil à retordre. Pour combler les écarts ou établir les liens aujourd'hui absents, quelqu'un doit être aux commandes. L'un des problèmes qui se posent au Canada — la situation est différente aux États-Unis — vient du fait que ce sont les gouvernements provinciaux, et non le gouvernement fédéral, qui se chargent de la prestation des soins de santé. Pourtant, une épidémie qui traverse les frontières des provinces a une envergure nationale et concerne donc le gouvernement fédéral.

Étant donné tous les «chefs» qu'on retrouve dans ce milieu, avez-vous une idée des structures que les États-Unis peuvent utiliser pour les regrouper et concerter leur action?

**Dr Hughes:** C'est une excellente question à laquelle il est difficile de répondre dans le cadre d'urgences de cette nature, notamment, qui est responsable? Nous avons tiré de nombreuses leçons de l'attaque au bacille du charbon dont nous avons été victimes il y a deux ans. Pour faire face à la situation, nous avons créé ici, aux États-Unis, un nouveau ministère de la Sécurité intérieure. Nous, du ministère de la Santé et des Services humains, travaillons en étroite collaboration avec le ministère de la Sécurité intérieure. Au CDC, nous avons constitué un centre des opérations d'urgence grâce auquel nous pouvons communiquer instantanément avec le centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé et des Services humains, le bureau immédiat du Secrétaire Thompson à Washington, D.C. À partir de ce centre, nous pouvons établir la liaison avec le ministère de la Sécurité intérieure, comme je l'ai indiqué, de même qu'avec l'OMS, à Genève. Aux premières heures des interventions qui ont fait suite au déclenchement de l'épidémie de SRAS, nous avons à quelques reprises communiqué par vidéoconférence non seulement avec le centre de commandement du secrétaire Thompson, mais aussi avec le centre de commandement de l'OMS.

Par ailleurs, nous devons rejoindre la communauté clinique des États-Unis de même que la communauté de la santé publique au niveau des États ainsi qu'au niveau local. Dans le cadre de nos activités de préparation à une attaque bioterroriste, nous avons



dissemination of information not only to public health officials, but also to clinicians. That is using a system that we call the Health Alert Network, which is an open, Internet-based system that links all state health departments, and now most local health departments, to CDC. We have an additional system called Epi-X that has secure communication and less wide distribution, but is linked to all state public health departments. On that system, we can rapidly disseminate information of a more sensitive nature.

Using the Health Alert Network, we are also able to reach out to clinicians. We have several clinician-based sentinel surveillance networks, but beyond that, we are able to work with the American Medical Association and others to link up to members of large professional societies and provide Internet information directly to them in a timely way. This is a good example of the dual utility we have seen in some of our bio-terrorism investments here over the past few years.

**The Chairman:** From that, I infer that over the last few years you have put significant capital investment into communications technology. That is your way of not only being able to hook into WHO yourselves, but also allowing all the states and most of the major local governments to do so. I assume that means you have, effectively, a standby communication system that is activated quickly?

**Dr. Hughes:** That is right. It is as a result of bio-terrorism investments that much has been put into place.

**The Chairman:** One does not automatically think of this when one thinks of the health care system, but you made a significant investment in communications technology in order to be able to handle the communication side of the business.

**Dr. Hughes:** Yes, that is correct. To elaborate on one more point that occurs to me in this context, it does not have to be all Internet based. The WHO held daily telephone conference calls involving the laboratory network that they assembled, as well as an epidemiology network and a clinician network. Similarly, within the U.S. we had frequent telephone conference calls with our state epidemiologists, our lab directors and people involved in infection control aspects. We would not want to throw the telephone away; it was valuable as well.

**Senator LeBreton:** I want to follow that same line of questioning. I will use the SARS example because it is the most recent one. This follows, in Canada, from the lack of coordination between the federal government and the provinces. You stated that there were a total of 344 suspect and 74 probable cases of SARS. Would you elaborate a little on that? Are the states obligated to immediately notify the Centers for Disease Control? I

mis en place quelques systèmes qui facilitent considérablement la diffusion rapide d'information non seulement auprès d'agents de santé publique, mais aussi des cliniciens. Pour ce faire, nous utilisons un système appelé le Health Alert Network, système ouvert fondé sur Internet qui relie l'ensemble des ministères de la Santé des États et la plupart des services de santé locaux au CDC. Il y a aussi un système additionnel appelé Epi-X, qui assure des communications sécurisées et dont la distribution est plus limitée, mais il est lui aussi attaché à l'ensemble des ministères de la Santé publique des États. Grâce à ce système, nous pouvons rapidement diffuser de l'information d'une nature plus délicate.

Le Health Alert Network nous permet également de rejoindre les cliniciens. Nous disposons de quelques réseaux de surveillance axés sur le clinicien, mais, en plus, nous sommes en mesure de collaborer avec l'American Medical Association et d'autres instances pour entrer en communication avec les membres de grandes sociétés professionnelles et, grâce à Internet, leur fournir directement des informations opportunes. Il s'agit d'un bon exemple de la double utilité de certains des investissements que nous avons faits dans la lutte contre le bioterrorisme au cours des dernières années.

**Le président:** Je retiens de vos propos que, au cours des dernières années, vous avez investi des sommes considérables dans les technologies des communications. Grâce à eux, vous êtes en mesure de vous brancher directement à l'OMS, mais en plus tous les États et la plupart des administrations locales d'importance sont aussi en mesure de le faire. Je tiens donc pour acquis que vous disposez dans les faits d'un système de communication de secours qui peut être activé rapidement?

**Dr Hughes:** C'est exact. Les investissements dans la lutte au bioterrorisme sont responsables d'une bonne partie de ces mécanismes.

**Le président:** À propos du système de soins de santé, on n'y pense pas automatiquement, mais vous avez consenti des investissements considérables dans les technologies des communications pour être en mesure de faire face aux problèmes du point de vue de la communication.

**Dr Hughes:** Oui, c'est juste. À ce propos, j'aimerais revenir plus en détail sur un point. Tout ne doit pas obligatoirement passer par Internet. L'OMS organise des conférences téléphoniques quotidiennes auxquelles participe le réseau de laboratoires que l'organisation a constitué, sans oublier un réseau d'épidémiologistes et un réseau de cliniciens. De la même façon, aux États-Unis, nous organisons fréquemment des conférences téléphoniques avec les épidémiologistes des États, les directeurs de laboratoire et les personnes associées à la prévention des infections. Il ne s'agit pas de mettre les téléphones au rancart; ils constituent toujours un outil précieux.

**Le sénateur LeBreton:** J'aimerais poursuivre dans la même veine. Je vais utiliser l'exemple du SRAS puisqu'il est le plus récent. Au Canada, la coordination entre le gouvernement fédéral et les provinces est déficiente. Vous avez écrit qu'il existe au total 344 causes possibles et 74 causes probables du SRAS. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Les États sont-ils tenus d'informer immédiatement le CDC? J'aimerais que vous me



would like to know the line of authority. Also, do you have to provide resources, human and financial, to assist? How would you have handled what happened in Toronto?

**Dr. Hughes:** Let me appear to digress slightly and make another comment that would have been in the oral testimony and that I think is important because it gets both at the federal/state relationship issue as well as the reporting issue.

In the United States, there is quite an informal network within the public health system. Back in the early 1950s, Dr. Alexander Langmuir formed the Epidemic Intelligence Service, or EIS. That is a two-year training program in applied public health epidemiology that held its first class in 1951. Part of the rationale in putting this together was the threat of biological warfare during the Korean War. It is interesting that we have come full circle here. Young people, primarily physicians, have been trained in a two-year practical public health experience for more than 50 years now. When they finished the training, the vast majority of these people elected to stay in public health. Many now work at CDC and in state and local health departments.

There is an alumni component of this group that is quite active. There is quite an informal network of people who have been working together for a long time and who know each other pretty well. I would not say that it is always smooth or that everyone is always in agreement; that is not the case. However, it is clearly an advantage for us in bridging some of the tensions between the federal, state and local levels.

In terms of your question about reporting, I am a big believer in alert clinicians who knows how to reach their counterparts, the alert public health officials, at the local or state level by telephone when something unusual happens, and then having the alert state public health officials know how to reach individuals at CDC if they think they are dealing with an unusual, complex or very challenging problem.

You hear about syndromic surveillance systems and large investments in improving our ability to monitor syndromes, which is important, but the alert clinician played a critical role in recognizing the first case in our anthrax attack, in the introduction of West Nile encephalitis into New York City and our recent experience with monkeypox. Honourable senators will know the critical role that Dr. Carlo Urbani played in Hanoi in recognizing this unusual syndrome. It is important that clinicians know how to reach their public health counterparts and that the information flows back and forth in a timely way.

parliez des rapports hiérarchiques. De même, disposez-vous de ressources humaines et financières susceptibles de vous venir en aide? Comment auriez-vous réagi face au problème qui s'est posé à Toronto?

**Dr Hughes:** Permettez-moi de faire ce qui pourrait passer pour une digression et de faire un autre commentaire qui aurait fait partie de mon exposé. Je pense qu'il s'agit d'un élément important dans la mesure où il concerne à la fois le problème des liens entre le gouvernement fédéral et les États et la question des rapports hiérarchiques.

Aux États-Unis, le système de santé publique est doté d'un réseau officiellement poussé. Au début des années 50, le Dr Alexander Langmuir a formé l'Epidemic Intelligence Service (EIS). Il s'agit d'un programme de formation d'une durée de deux ans en épidémiologie de santé publique appliquée dont le premier cours a été offert en 1951. La menace de l'utilisation d'armes biologiques pendant la Guerre de Corée a en partie motivé l'initiative. Il est intéressant de noter que nous avons maintenant bouclé la boucle. Depuis plus de cinquante ans, de jeunes personnes, surtout des médecins, sont formées dans le cadre d'un programme pratique de santé publique d'une durée de deux ans. À la fin de leur formation, la vaste majorité de ces personnes ont choisi de demeurer dans le domaine de la santé publique. Bon nombre d'entre eux travaillent aujourd'hui au CDC de même que dans des services de santé au niveau des États de même qu'au niveau local.

Ce groupe comporte une association des anciens relativement active. Il s'agit d'un réseau officiel de personnes qui travaillent ensemble depuis longtemps et qui se connaissent possiblement bien. Je ne dirais pas que les relations sont toujours harmonieuses ni que tout le monde est toujours d'accord; ce n'est pas le cas. Cependant, ce réseau constitue manifestement un avantage pour nous lorsqu'il s'agit d'atténuer les tensions entre le gouvernement fédéral, le gouvernement des États et les administrations locales.

En ce qui concerne la question que vous avez posée à propos des déclarations, je suis pour ma part un ardent partisan du recours à des cliniciens d'alerte qui savent comment joindre leurs homologues par téléphone, soit les agents de santé publique et d'alerte, au niveau local ou au niveau des États, lorsqu'un phénomène inusité se produit. Par la suite, les agents de santé publique d'alerte savent comment joindre les employés du CDC s'ils ont l'impression d'être confrontés à un problème inusité, complexe ou très préoccupant.

On entend parler de systèmes de surveillance des syndromes et d'investissements majeurs dans l'amélioration de notre capacité de suivre les syndromes, ce qui constitue un élément important, mais les cliniciens d'alerte ont joué un rôle critique en diagnostiquant le premier cas d'attaque au bacille du charbon, l'introduction du virus du Nil occidental à New York et le problème récent posé par le virus de la variole du singe. Les honorables sénateurs sont au courant du rôle critique qu'a joué le Dr Carlo Urbani à Hanoi dans le repérage de ce syndrome inhabituel. Il est important que les cliniciens sachent comment joindre leurs homologues de la santé publique et que l'information circule de façon opportune, dans les deux sens.



In terms of what is reportable, I would take a minute or two to explain that to honourable senators, because it is important to understand how this works in the United States. Many people think that we at CDC simply determine what diseases are reportable at the national level. However, it is the umbrella organization of the state epidemiologists, called the Council of State and Territorial Epidemiologists, or CSTE, that actually makes the determination, through discussion and, hopefully, consensus-building with the membership, of what diseases are nationally reportable. Requirements for the reporting of diseases at the state level are set by local and state laws and regulations that CDC does not influence.

A month or two into SARS, once the virus was recognized and the diagnostic tests were in development, there were discussions with CSTE about making SARS nationally reportable. As a result of the discussions, there was an agreement to do that, but we obviously did not wait for that to happen before beginning to get the phone call reports going back to March 15 of the suspect or probable cases of SARS in the U.S.

**Senator LeBreton:** On the resources side, is CDC obligated to assist or does the state have to request funds? What is the financial status of reporting requirements?

**Dr. Hughes:** Back on March 14 and 15, we were not being asked for money, but before too much time went on — and you are very familiar with the incredible burden that SARS put on the clinical and the public health community — we had suspect SARS cases reported from virtually all of our states and probable cases reported from the majority of our states. There was a great deal of effort going into investigation, isolation and control strategy implementation as well as dealing with all the communication needs at the state and local level.

In our country, and in Canada, I suspect, these are the same people who are trying to deal with smallpox preparedness and are worried about pandemic influenza. It is a small group of people involved in public health aspects of infectious diseases in most state and local public health departments. They do have resource needs and we can help in several ways. One is by sending people to assist them. We only do that when invited to do so. It is often these EIS officers whom I have mentioned who go out and provide that assistance.

In addition, we provide laboratory support here once specimens come to us. We then work with the administration and with Congress to identify emergency resource needs. The good news on SARS was that there was, with the support of the administration, a supplemental Congressional appropriation to CDC of \$16 million, which we used to cover many of our expenses for this investigation. Also, we were able to make awards

En ce qui concerne ce qui doit être déclaré, j'aimerais prendre une minute ou deux pour expliquer la situation aux honorables sénateurs puisqu'il importe de comprendre comment les choses se passent aux États-Unis. De nombreuses personnes estiment que le CDC se contente de déterminer les maladies qui doivent être déclarées au niveau national. Cependant, c'est l'organisme qui chapeaute les épidémiologistes des États, soit le Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE) qui décide, au terme de discussions et, avec un peu de chance, de l'établissement d'un consensus sur les maladies à déclaration obligatoire sur le plan national. Les exigences relatives à la déclaration des maladies au niveau des États sont prescrites par des lois et des règlements des administrations locales et des États sur lesquels le CDC n'exerce aucune influence.

Un mois ou deux après l'apparition du SRAS, une fois le virus identifié et la mise au point de tests de diagnostic en cours, nous avons discuté avec le CSTE de l'opportunité de faire du SRAS une maladie à déclaration obligatoire au niveau national. À la suite de discussions, on s'est entendu pour le faire, mais, de toute évidence, les choses n'en sont pas restées là; nous avons commencé à recevoir dès le 15 mars des appels au sujet des causes possibles ou probables du SRAS aux États-Unis.

**Le sénateur LeBreton:** Du point de vue des ressources, le CDC est-il tenu d'apporter de l'aide ou les États doivent-ils demander des fonds? Comment finance-t-on les exigences relatives à la déclaration?

**Dr Hughes:** Si on remonte au 14 et au 15 mars, personne ne demandait de l'argent, mais avant longtemps — vous êtes au courant du fardeau incroyable que le SRAS a fait peser sur la communauté clinique et la communauté de la santé publique —, presque tous les États ont déclaré des cas possibles de SRAS, et la majorité d'entre eux ont signalé des causes probables. On a consacré des efforts considérables aux enquêtes, aux isolements et à la mise en œuvre de stratégies de prévention, sans même parler des besoins en communication au niveau des États et au niveau local.

Dans notre pays, et au Canada, j'imagine, il s'agit des personnes qui cherchent à se préparer à une épidémie de variole et s'inquiètent d'une éventuelle pandémie de grippe. Dans la plupart des services de santé publique des États et des administrations locales, il y a un petit groupe de personnes qui s'intéresse aux aspects des maladies infectieuses touchant la santé publique. Elles ont des besoins en ressources, et nous pouvons leur venir en aide de quelque manière. Nous pouvons par exemple dépêcher des gens pour leur venir en aide. Nous ne le faisons que lorsqu'on nous le demande. Souvent, ce sont des agents de l'EIS, dont j'ai déjà parlé, qui se rendent sur place pour apporter de l'aide.

En outre, nous assurons un soutien en laboratoire ici même lorsque des spécimens nous sont envoyés. Nous nous efforçons ensuite avec l'administration et le Congrès de définir les besoins en ressources d'urgence. La bonne nouvelle à propos du SRAS, c'est que, avec l'appui de l'administration, le Congrès a voté au CDC des crédits additionnels de 16 millions de dollars, fonds que nous avons utilisés pour assumer bon nombre des coûts liés à



through a standing cooperative agreement mechanism called the Epidemiology and Laboratory Capacity Program that we have with all of our states, six large cities and Puerto Rico. We have a mechanism in place so that, in an emergency, we can mobilize the funds; we can rapidly move those funds to the states and to the biggest cities. That was a real asset to us and, I believe, something for honourable senators to be aware of.

**Senator Robertson:** We are struggling, as you are probably aware, with designing something that will include, has to include, the provinces. The provinces have jurisdiction over our health system in Canada. I am particularly interested in structures and how we can proceed to break down the barriers that exist between so-called competing units.

CDC is under the supervision of the Secretary of Health and Human Services, I believe. What is CDC's relationship with the U.S. Surgeon General? How do these two entities interact in pursuing their missions? What was the relationship there in dealing with SARS?

**Dr. Hughes:** As honourable senators can perhaps see, I am wearing my public health service uniform. I am an assistant surgeon general. I am one of the flag officers, of which there are approximately 50, who relate to our Surgeon General, Richard Carmona.

The line of authority at the moment is from the Secretary of the Department of Health and Human Services, Secretary Thompson, to the Director of CDC, Dr. Julie Gerberding, and then into the institutes and offices at CDC. As the Director of the National Center for Infectious Diseases, I report to Dr. Gerberding. The second line of reporting would then be to Secretary Thompson.

There are discussions in progress with respect to the Commissioned Corps of the Public Health Service. There are efforts underway to transform that. The officers in the Commissioned Corps of the Public Health Service, as a uniform service, are available 24/7. We are ready, willing and able to respond to emergencies as they occur.

The Surgeon General, as the leader of that corps, is a primary person in these emergency response situations. Again, the line of authority comes from the secretary through the agency head to the operating units.

**Senator Robertson:** That is most interesting, because we have been looking at a position something like your Surgeon General. We are almost starting from scratch in many ways as far as cooperative delivery goes, and that is a big concern to us.

l'enquête. De même, nous avons été en mesure de verser des sommes aux termes d'un accord permanent de coopération appelé l'Epidemiology and Laboratory Capacity Program, qui nous lie à tous les États, à six grandes villes et à Porto Rico. Il existe aussi un mécanisme en vertu duquel nous pouvons, en cas d'urgence, mobiliser des fonds; nous pouvons rapidement déplacer les fonds en question vers les États et les plus grandes villes. Il s'agit pour nous d'un avantage réel dont il m'apparaît important que les honorables sénateurs soient au courant.

**Le sénateur Robertson:** Comme vous le savez probablement, nous nous efforçons de mettre au point une solution qui inclura, par la force des choses, les provinces. Au Canada, ce sont ces dernières qui assument la responsabilité du système de santé. Je m'intéresse tout particulièrement aux structures et à ce que nous pouvons faire pour supprimer les obstacles qui existent entre ce qu'on appelle les unités concurrentielles.

Si je ne m'abuse, le CDC relève du secrétaire de la Santé et des Services humains. Quelle relation le CDC entretient-il avec le directeur du Service de santé publique des États-Unis ou Surgeon General? Comment les deux instituts interagissent-ils dans la poursuite de leurs missions respectives? Quelle a été la relation dans le cadre de la crise du SRAS?

**Dr Hughes:** Comme les honorables sénateurs le constatent peut-être, je porte mon uniforme du service de santé publique. Je suis un directeur adjoint du Service de santé publique. Je suis l'un des quelque 50 médecins chefs qui relèvent du directeur du Service de santé publique, Richard Carmona.

À l'heure actuelle, l'organisation hiérarchique est la suivante: au sommet, il y a le secrétaire de la Santé et des Services humains, M. Thompson, puis la directrice du CDC, la Dre Julie Gerberding, puis les instituts et les bureaux du CDC. À titre de directeur du Centre national d'épidémies infectieuses, je relève de la Dre Gerberding. Au deuxième niveau hiérarchique, il y a donc le secrétaire Thompson.

Des discussions sont en cours à propos du Commissioned Corps of the Public Health Service. On s'efforce de le transformer. Les agents du Commissioned Corps of the Public Health Service, à titre de service offert de façon uniforme, est disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Nous sommes prêts à intervenir en cas d'urgence et capables de le faire.

Le directeur du Service de santé publique, à titre de chef de ce service, assume la responsabilité en cas d'urgence. Une fois de plus, la voie hiérarchique va du secrétaire aux unités fonctionnelles en passant par les directeurs d'organismes.

**Le sénateur Robertson:** Ce que vous nous dites est des plus intéressants puisque nous avons étudié la possibilité de créer un poste analogue à celui de votre directeur du Service de santé publique. En ce qui concerne la coopération, nous partons de presque rien, à maints égards, et cette situation nous préoccupe au plus haut point.



You talked earlier about the jurisdictional issues, such as CDC, the federal agency. Do you have any advice on how to overcome the resistance you might find to cooperation and breaking down the barriers at the state level?

**Dr. Hughes:** There are many barriers. This federal, state or provincial, and local one is certainly one of them. I gave honourable senators some of our older history that maybe suggests some of the reasons why the problem is not as bad here as it might be.

Both the umbrella group of state epidemiologists and another important group that I have not mentioned, the umbrella group of state public health laboratory directors, called the Association of Public Health Laboratories, have an annual meeting. We make it a point to participate both in the program and by attending their annual meetings, because those two groups do not always communicate as well as they might. We like it best when they hold a joint annual meeting, which they do every three or four years.

We try to maintain a presence at those meetings. Through the EIS program that I mentioned, many of the new EIS officers are assigned to state and local health departments. The state and big city epidemiologists come to CDC for an annual conference that we host to present scientific and public health updates of the past year. At the same time, the recruiting venue is used to determine the assignments of the EIS officers, who begin their service three months after the conference.

There is a significant amount of give and take and a certain amount of collegiality that develops as a result of these frequent opportunities to build relationships.

On the laboratory side, we have responded over the past 10 or 11 years to some of these emerging infectious disease issues by putting in place, in collaboration with the Association of Public Health Laboratories, an applied public health laboratory training program that is modeled to some extent on the EIS program that I mentioned to honourable senators. We started in 1995 with a class of about 20 people. We have been able, over the subsequent years, to expand that now to about 50 people a year. They come into this program either at the bachelor or master's level for the broader track or the smaller doctoral-degree track.

These people are assigned to work in either CDC laboratories or in state or big city public laboratories. It is another collaborative arrangement that we have with people at the state level that is focused on training. It helps us to not only develop the next generation of people that we need, but also to stay in touch with each other.

Vous avez évoqué plus tôt les questions de compétence, par exemple le CDC, l'organisme fédéral. Avez-vous des conseils à formuler à propos des moyens de surmonter la résistance possible à la coopération et de vaincre les obstacles au niveau des États?

**Dr Hughes:** Il y a de nombreux obstacles. La coexistence du niveau fédéral, du niveau des États ou des provinces et du niveau local fait assurément partie du nombre. J'ai fourni aux honorables sénateurs quelques renseignements historiques susceptibles d'expliquer en partie pourquoi le problème n'est pas ici aussi grave qu'il pourrait l'être.

Le groupe qui chapeaute les épidémiologistes des États et un autre groupe important dont je n'ai pas parlé, celui qui chapeaute les directeurs de laboratoire de santé publique des États, appelé l'Association of Public Health Laboratories, tiennent une assemblée annuelle. Nous nous faisons un point d'honneur de participer au programme et d'assister aux assemblées annuelles parce que les deux groupes en question ne communiquent pas aussi bien qu'ils le pourraient. Nous préférons la tenue d'une assemblée annuelle conjointe, ce qu'ils font tous les trois ou quatre ans.

Nous tentons d'assurer une présence à l'occasion de ces assemblées. Par le truchement du programme d'EIS dont j'ai fait mention, bon nombre de nouveaux agents d'EIS sont affectés à des services de santé des États et des administrations locales. Les épidémiologistes des États et des grandes villes viennent au CDC pour une conférence annuelle que nous organisons afin de faire le bilan des questions scientifiques et des questions touchant la santé publique de la dernière année. En même temps, on utilise le service de recrutement pour déterminer les affectations des agents d'EIS, dont le service débute trois mois après la conférence.

À la suite de ces occasions fréquentes d'établissement de liens, on assiste à des échanges considérables, sans parler du certain sentiment de collégialité qui se dégage.

Du côté des laboratoires, nous avons, au cours des dix ou 11 dernières années, réagi à certains problèmes posés par des maladies infectieuses émergentes en mettant en place, en collaboration avec l'Association of Public Health Laboratories, un programme de formation appliquée pour les laboratoires de santé publique modelé en partie sur le programme d'EIS que j'ai déjà évoqué devant les honorables sénateurs. Nous avons débuté en 1995 avec une classe d'environ 20 personnes. Au cours des années subséquentes, nous avons réussi à faire passer ce nombre à environ 50 personnes par année. Au moment de leur inscription au programme, elles sont titulaires d'un baccalauréat ou d'une maîtrise pour le cheminement plus général ou le cheminement plus ciblé conduisant au doctorat.

Ces personnes sont affectées dans des laboratoires du CDC ou encore dans des laboratoires publics d'États ou de grandes villes. Voilà un autre accord de collaboration, celui-là axé sur la formation, que nous avons conclu avec les responsables au niveau des États. Nous sommes en mesure non seulement de former la prochaine génération de personnes dont nous avons besoin, mais en plus de garder mutuellement le contact.

**Senator Robertson:** That is very helpful. I wish to switch topics here somewhat. In terms of your relationship with international agencies, you have already alluded to the World Health Organization. What lessons have you learned about the ability of the World Health Organization or other international agencies to detect and respond to outbreaks such as SARS?

**Dr. Hughes:** First, WHO really deserves to be commended for their outstanding leadership in responding to SARS. Once the problem came to public attention and was reported to them, they responded in a really admirable fashion, I believe, by mobilizing and dispatching teams to a number of impacted countries. We were fortunate to be able to participate as members of many of those teams.

WHO very quickly put a laboratory network together that was absolutely central to the rapid identification of this previously unrecognized corona-virus. They put a secure Internet connection in place that initially linked 11 labs in 9 countries. They then added two additional laboratories as time went on.

These labs had frequent conference calls and a secure Internet site on which they could post new laboratory information as it developed. This network was critical to the communication among the lab groups that led to the simultaneous isolation in three different laboratories of what is now known to be the SARS corona-virus.

Similarly, they put together networks of physicians and epidemiologists to discuss findings as information was developed. They also moved into emergency operations centre mode, and they had the video links about which I talked.

We help them whenever we can because they are very limited in their resources in the communicable disease area. They do a significant amount of work with a small core staff, supplemented by consultants whom they either bring to Geneva or mobilize and send into the field.

Also, they did a very good job with their Web site and with their press interactions. We were very much stretched to our limit here. I know that they were stretched even more.

**Senator Cordy:** Dr. Hughes, your prepared statement commented on the Laboratory Response Network. I am wondering how this works. Are you affiliated with private labs?

I am also wondering whether this is an informal partnership for times of emergencies, or whether it is a more structured relationship or partnership whereby you would communicate regularly. Could you explain this to me?

**Le sénateur Robertson:** C'est très utile. J'aimerais maintenant changer quelque peu de sujet. En ce qui a trait à vos relations avec les organismes internationaux, vous avez déjà fait allusion à l'Organisation mondiale de la santé. Quelles leçons avez-vous tirées au sujet de la capacité de l'Organisation mondiale de la santé ou d'autres organisations mondiales de détecter des épidémies comme le SRAS et d'y réagir?

**Dr Hughes:** D'abord, on doit louer l'OMS pour le leadership remarquable dont elle a fait preuve dans sa réaction au SRAS. Une fois que le problème a été porté à l'attention du public et qu'il lui a été signalé, elle a réagi de façon tout à fait admirable, je trouve, en mobilisant et en dépêchant des équipes dans un certain nombre de pays touchés. Nous avons eu la chance de participer aux travaux de bon nombre de ces équipes.

L'OMS a très rapidement constitué un réseau de laboratoires qui ont joué un rôle absolument central dans l'identification de ce corona-virus inconnu auparavant. Elle a établi une connexion Internet sécurisée, laquelle, au départ a relié entre eux 11 laboratoires répartis dans neuf pays. Avec le temps, elle a ajouté deux autres laboratoires.

Ces laboratoires ont tenu de fréquentes conférences téléphoniques. Ils disposaient également d'un site Internet sécurisé où ils pouvaient afficher de nouvelles données de laboratoire au fur et à mesure de leur création. Ce réseau a joué un rôle critique en assurant la communication entre les groupes de laboratoires, ce qui a entraîné l'isolement simultané de ce qui est aujourd'hui connu sous le nom de corona-virus du SRAS par trois laboratoires différents.

De la même façon, l'organisation a constitué des réseaux de médecins et d'épidémiologistes chargés de discuter des résultats au fur et à mesure que des informations étaient mises au jour. Elle s'est aussi rapidement mise en mode de centre d'opérations d'urgence, et elle a organisé les liens vidéos dont j'ai parlé.

Nous lui venons en aide chaque fois que nous le pouvons puisque les ressources dont elle dispose dans le domaine des maladies transmissibles sont très limitées. Elle effectue beaucoup de travail à l'aide d'un noyau de personnel limité, auquel s'ajoutent des experts-conseils qu'elle fait venir à Genève ou qu'elle mobilise pour les envoyer sur le terrain.

De plus, elle a effectué un très bon travail dans son site Web tout autant que dans ses relations avec les médias. Ici, nous étions à la limite de nos capacités. Je sais qu'elle l'était encore davantage.

**Le sénateur Cordy:** Docteur Hughes, on trouve dans votre déclaration écrite des commentaires sur le Laboratory Response Network. Je m'interrogeais sur le fonctionnement de ce réseau. Êtes-vous affiliés à des laboratoires privés?

Je me demande également s'il s'agit d'un partenariat officiel activé en cas d'urgence ou encore d'une relation ou d'un partenariat mieux structuré en vertu duquel vous communiquez régulièrement. Auriez-vous l'amabilité de l'expliquer?



**Dr. Hughes:** The Laboratory Response Network dates from the year that we received the initial bio-terrorism preparedness funding at CDC. That was 1999. The network is a tiered network of laboratories around the country that are put together at three levels.

At the base of the pyramid, there are the clinical laboratories in hospitals and in free-standing laboratories. Those are the first level of laboratories where clinical specimens will be sent when a hospitalized patient has diagnostic work done for infectious diseases.

The first recognized case in the anthrax attack was the unfortunate gentleman in South Florida who presented with meningitis caused by the anthrax organism. His blood cultures and spinal fluid were sent to one of these clinical laboratories. That is where the work began that led to its referral to what at that time was still the relatively new mid-level of the Laboratory Response Network.

That mid-level is the public health laboratories, most of which are at the state level. In that case in Florida, the clinical lab got some isolates about which they were concerned and rapidly transported them to one of the Florida state public health laboratory branches, where additional work was done that suggested that this was related to anthrax.

That lab talked to us over a period of time and sent diagnostic material to Atlanta, where we were rapidly able to confirm their diagnosis. That example actually shows you how the Laboratory Response Network works.

At the mid-level, there are a little over 100 laboratories currently participating in the network. All the state public health labs are in it. A number of our big city laboratories and a number of other federal agency laboratories are in it. Some of the U.S. Department of Agriculture and Department of Defence laboratories are members of it.

I have not told you yet that at the pinnacle of the pyramid are the two national reference laboratories, the two multipurpose, bio-safety level 4 laboratories in the U.S. that are able to work on human specimens. One is the laboratory here at CDC and the other is in Fort Dietrich, Maryland, and is run by the U.S. Army. These are the three tiers.

There are thousands of clinical laboratories. We are currently in much better shape in terms of our linkages with the public health laboratories, the mid-level, than many of them are in terms of their linkages with the large number of clinical labs within their jurisdictions. I do not want to present this in any way as a fully developed system. Having said that, it has come a long way. Honourable senators will see, I hope, how it worked in regard to anthrax.

**Dr Hughes:** La création du Laboratory Response Network remonte à l'année où le CDC a reçu des fonds initiaux pour la préparation aux attaques bioterroristes. C'était en 1999. Il s'agit d'un réseau de laboratoires répartis sur tout le territoire et regroupés en trois niveaux.

À la base de la pyramide, il y a les laboratoires cliniques dans les hôpitaux, et dans des laboratoires autonomes. C'est le premier palier de laboratoires où les spécimens cliniques seront envoyés lorsqu'un patient hospitalisé fait l'objet de tests de diagnostic pour la détection de maladies infectieuses.

Le malheureux habitant du sud de la Floride qui s'est présenté avec une méningite causée par le bacille du charbon a représenté le premier cas connu au moment de l'attaque à cette substance. Ses cultures sanguines et l'échantillon de liquide céphalorachidien spinal ont été envoyés dans l'un de ces laboratoires cliniques. C'est là qu'ont débuté les travaux qui ont conduit à son renvoi à ce qui, à l'époque, était le niveau intermédiaire relativement nouveau du Laboratory Response Network.

Le niveau intermédiaire se compose des laboratoires de santé publique, dont la plupart mènent leurs activités au niveau des États. Dans le cas de la Floride, le laboratoire clinique avait quelques isolats qui le préoccupaient. Ces isolats ont rapidement été acheminés à des directions de laboratoire de santé publique, où les travaux additionnels effectués ont laissé croire à la présence du bacille du charbon.

Après avoir été en discussion avec nous pendant un certain temps, le laboratoire a fait parvenir des échantillons diagnostiques à Atlanta, où nous avons été rapidement en mesure de confirmer son diagnostic. Cet exemple illustre le fonctionnement du Laboratory Response Network.

Au niveau intermédiaire, on dénombre actuellement un peu plus de 100 laboratoires. Tous les laboratoires de santé publique des États en sont membres, au même titre qu'un certain nombre de laboratoires de grandes villes et un certain nombre d'autres laboratoires appartenant à des organismes fédéraux. Certains des laboratoires du ministère de l'Agriculture et du ministère de la Défense des États-Unis en sont aussi membres.

Je ne vous ai pas encore dit que, au sommet de la pyramide, on trouve deux laboratoires de référence nationaux, les deux laboratoires polyvalents au niveau de biosécurité 4 que comptent les États-Unis habilités à travailler sur des spécimens humains. L'un d'eux est le laboratoire du CDC, ici même, et l'autre est celui de Fort Dietrich, au Maryland, qu'exploite l'Armée des États-Unis. Tels sont les trois paliers.

Il existe des milliers de laboratoires cliniques. À l'heure actuelle, nos liens avec les laboratoires de santé publique, soit le niveau intermédiaire, sont nettement plus solides que ceux qu'entretiennent bon nombre de ces laboratoires du deuxième palier avec les nombreux laboratoires cliniques appartenant à la même administration. Je ne voudrais pas donner l'impression qu'il s'agit d'un réseau pleinement intégré. Cela dit, on a accompli beaucoup de progrès. Les honorables sénateurs comprendront, je l'espère, comment le réseau a fonctionné dans le cas du bacille du charbon.

The impetus for this was bio-terrorism preparedness. These mid-level labs are equipped and trained to recognize the so-called category "A" bio-terrorism threat agents. We are working on the category "B" agents with them now.

They are linked through a secure Web site. Protocols for the testing that is indicated for these organisms are available to them.

They are able to order reagents electronically, which we are able to send to them to keep them working. It is a formal system. You have to be admitted to it and you have to jump over some hurdles to qualify.

At that mid-level and the top level, it is formal and mostly fully developed, although there is a need to expand its capacity. It was important in SARS because as we got the antibody testing and some of the molecular PCR testing, we were able to move those tests out to these public health labs — the PCR testing, in particular — into the laboratory response component. They had the modern equipment required to do real-time PCR testing. Again, that is a good example of the dual utility of these investments, but it does take money, people and commitment to make this sort of thing happen.

**Senator Cordy:** Following on from that, you talked about the possible cases that you had in the U.S. As you came up with a clear definition, as a result of the laboratory testing, that number dropped dramatically. You also mention in your report that prompt reporting is essential in dealing with whatever the disease is in a rapid manner. You talked about establishing the definition for the country. Is it a standard definition? One can do that more easily within a country, but one of the things that you mentioned in your report is that key among these lessons learned is the importance of strong national and international partnerships.

I am wondering about the standard definition of a disease. How do we determine internationally what actually is a disease? You can do that within your country, but do you work through the WHO, and exactly how does this come about? Certainly, if countries have different standards as to what is a disease, then we have some difficulty with people travelling and those kinds of things.

**Dr. Hughes:** I mentioned to honourable senators some of the history of how we worked with CSTE to make SARS reportable. Let me speak to the situation within the U.S. for a minute and then go to the broader context that you raised.

À l'origine de l'initiative, on retrouve la préparation aux attaques bioterroristes. Les laboratoires de niveau intermédiaire sont équipés et formés pour reconnaître ce qu'on appelle les facteurs de menaces bioterroristes de catégorie «A». À l'heure actuelle, nous travaillons avec eux aux facteurs appartenant à la catégorie «B».

Les laboratoires en question sont liés entre eux par un site Web sécurisé. Ils ont accès aux protocoles d'essai indiqués pour les organismes en question.

Ils peuvent commander des réactifs par voie électronique, et nous les leur envoyons pour leur permettre de continuer à travailler. Il s'agit d'un système officiel. Il faut être admis à l'intérieur du réseau, et les candidats doivent se soumettre à certaines épreuves pour être admis.

Au niveau intermédiaire et au niveau supérieur, tout est officiel et, pour l'essentiel, pleinement intégré, même si la capacité à ce niveau doit encore être accrue. Dans le cas du SRAS, le réseau a joué un rôle important dans la mesure où, à partir du moment où nous avons eu accès au test de détection des anticorps et à certains des tests moléculaires PCR, nous avons été en mesure de les faire sortir de ces laboratoires de santé publique — les tests PCR, en particulier — pour les faire entrer dans la composante axée sur les interventions du laboratoire. Ces derniers disposaient de l'équipement moderne requis pour effectuer des tests PCR en temps réel. Il s'agit, une fois de plus, d'un bon exemple de la double utilité des investissements en question, mais il faut de l'argent, des ressources humaines et un engagement pour que ce genre de choses se concrétise.

**Le sénateur Cordy:** Dans le même ordre d'idées, vous avez fait état des cas possibles que vous avez eus aux États-Unis. Lorsque, à partir des tests effectués en laboratoire, vous avez obtenu une définition claire, le nombre de cas possible a chuté de façon radicale. Dans votre rapport, vous dites également que la déclaration rapide est essentielle, quelle que soit la maladie à laquelle on est confronté. Vous faites référence à l'établissement de la définition pour le pays. S'agit-il d'une définition normalisée? On peut le faire plus facilement à l'intérieur d'un pays, mais vous dites aussi dans votre rapport que des partenariats nationaux et internationaux solides comptent parmi les principales leçons retenues.

Je m'interroge au sujet de la définition normalisée d'une maladie. Comment, sur la scène internationale, détermine-t-on ce qu'est effectivement une maladie? Vous pouvez le faire à l'intérieur de votre pays, mais passez-vous par l'OMS? Comment cela se passe-t-il exactement? Si différents pays ont une définition différente de ce qu'est une maladie, il est certain que les déplacements de personnes et d'autres facteurs de ce genre ne manqueront pas de poser certains problèmes.

**Dr Hughes:** J'ai relaté en partie au profit des honorables sénateurs l'histoire de notre collaboration avec le CSTE et des mesures que nous avons prises pour faire du SRAS une maladie à déclaration obligatoire. Permettez-moi maintenant de dire un mot de la situation aux États-Unis avant de poser le problème dans le contexte plus général que vous avez présenté.



Within the U.S., from day one, we developed a suspect case definition and a probable case definition. We tried to keep those congruent with WHO definitions, but we were not 100 per cent successful.

As you move forward with the development of the laboratory testing, one of the things you want in a surveillance case definition — if at all possible, of course — is a laboratory component. It took a couple of months before we had the tests available for the states to use. We were fortunate that we developed tests for internal use much more quickly, but it took some time to get those out to the state health departments. However, when we developed the formal case definition for national reporting, it did have a laboratory component to it.

As to how to work with the WHO and others, again, it really comes down to communication. It also gives me a chance to make another point about something that worked well, I think, in the SARS response. We were fortunate from the very early moments to have a Health Canada person here in Atlanta working with us on a daily — in fact, hourly — basis. Similarly, they asked us to send a liaison person to Health Canada to work in Ottawa, which we did. That was extremely valuable in terms of staying on the same page, if you will, in terms of breaking information and cutting down on the number of surprises.

We had a person working in Geneva at the WHO on antibiotic resistance, interestingly — another important issue for us all — when the SARS outbreak began. Pretty quickly, we realized the need to have a liaison person with the WHO in Geneva, so we moved him from working on drug resistance to SARS. He related directly to our associate director for global health here, who used to work at the WHO.

Again, it comes down to nurturing some of these personal networks and ensuring that you have senior people in strategic locations to facilitate this communication and, as much as possible, keeping everyone up to date, number one; and number two, doing whatever we could to be sure that everyone was delivering a consistent message.

**Senator Cordy:** You talked about some of the collaborations that were strengthened during your work on SARS. Some of the agencies you mentioned were in private industry — like airline unions, for example. How do you work with private industry? It is extremely important in a national emergency.

Aux États-Unis, dès le tout premier jour, nous avons élaboré une définition pour les cas possibles et une définition pour les cas probables. Nous avons tenté de nous conformer aux définitions de l'OMS, mais nous n'y sommes pas parvenus à 100 p. 100.

À mesure qu'on avance dans l'élaboration des tests de laboratoire, l'une des choses dont on souhaite assortir la définition du cas à des fins de surveillance — dans la mesure du possible, bien entendu — est une composante laboratoire. Il a fallu attendre deux ou trois mois la venue de tests utilisables dans les États. Nous avons eu la chance de mettre au point des tests à usage interne bien plus rapidement, mais il a fallu un certain temps pour les transmettre au ministère de la Santé des États. Lorsque, cependant, nous avons fini par mettre au point la définition officielle du cas aux fins des déclarations au niveau national, cette dernière comportait une composante laboratoire.

En ce qui concerne la collaboration avec l'OMS et d'autres instances, on en revient une fois de plus à la communication. Je profite de l'occasion pour soulever un autre point à propos d'un autre aspect de la lutte au SRAS qui, à mon avis, a bien fonctionné. Des les tout débuts, nous avons eu la chance d'avoir ici à Atlanta une personne de Santé Canada qui travaillait avec nous de jour en jour — d'heure en heure, en fait. De la même façon, on nous a demandé de dépêcher un agent de liaison à Santé Canada, à Ottawa, ce que nous avons fait. L'échange a été extrêmement utile dans la mesure où il nous a permis, si on veut, de rester sur la même longueur d'ondes du point de vue de l'échange d'information et de la réduction du nombre de surprises.

Au moment du déclenchement de l'épidémie de SRAS, nous avions à Genève, fait intéressant, une personne qui, dans les locaux de l'OMS à Genève, travaillait à la résistance aux antibiotiques — autre question importante pour nous tous. Assez rapidement, nous nous sommes rendu compte que nous devions avoir un agent de liaison à l'OMS à Genève. La personne en question a donc été réaffectée du dossier de la résistance aux médicaments à celui du SRAS. Cette personne relevait directement du directeur délégué à la santé mondiale en poste ici, lequel travaillait autrefois pour l'OMS.

On en revient une fois de plus aux mesures à prendre pour assurer le bon fonctionnement de certains de ces réseaux personnels et assurer la présence de cadres supérieurs à des endroits stratégiques pour faciliter la communication et, dans la mesure du possible, faire en sorte que l'information de tout le monde soit à jour. C'est le premier facteur. Dans un deuxième temps, il convient de faire tout ce que nous pouvons pour assurer la communication d'un message cohérent.

**Le sénateur Cordy:** Vous avez évoqué certaines des formes de collaboration qui ont été renforcées à la faveur du travail que vous avez effectué dans le dossier du SRAS. Certains des organismes dont vous avez fait mention appartenaient au secteur privé — les syndicats des compagnies aériennes, par exemple. Comment interagissez-vous avec le secteur privé? En cas d'urgence nationale, cette question revêt une extrême importance.

**Dr. Hughes:** This is another very good, important question. We are fortunate here at CDC to have the National Institute of Occupational Safety and Health — NIOSH, we call it. It is a prominent part of CDC and has been for a number of years. It has a number of people with a lot of expertise in dealing with occupational health issues and they also have a lot of contacts with both labour and management. One of the things that you have to try to do in this kind of emergency situation is get the communication going with both labour and management. The NIOSH people were extremely helpful in doing that. As a result, we were able to have conference calls and some face-to-face meetings in order to open up these communication channels.

Obviously, these are not groups that necessarily work together on a daily basis. However, when the next global epidemic of influenza occurs, this need to relate to people involved in the transportation industry will be very apparent. Anything we can do now to set the stage for that, we should do.

**Senator Fairbairn:** You have given us a significant amount of information about connection and communication. To go back to the subject of SARS, what was your first point of communication or information when this was developing in China and then in Hanoi? Did you get it through the Hanoi connection, or through the WHO in Geneva?

**Dr. Hughes:** There is an electronic list serve system called ProMED that provides people around the world who are interested in infectious diseases with the ability to communicate, and many of us subscribe to that. There was a report on that system, back on February 10, of some unexplained respiratory illness occurring in South China, with some deaths. There was speculation about what this might be.

One of the things we always worry about — and you should, too, when you hear about unexplained respiratory illness in that part of the world — is the possible emergence of a new strain of influenza. Historically, new strains have come from there, and conditions favour their emergence.

We were concerned at that time that there might be evidence of a new strain of influenza circulating. We heard that the Chinese thought this might be due to *Chlamydia pneumoniae*. It did not sound like that was probably the case to us.

The next day, the Chinese government did officially report this outbreak to the WHO.

We have good, close working relationships with colleagues in Hong Kong, in part as a result of the 1997 avian influenza problem there. There were 18 cases and 6 deaths due to an unusual flu strain that had never infected people before, and we were afraid it might be the beginning of the next worldwide

**Dr Hughes:** Au CDC, nous avons la chance de compter sur le National Institute of Occupational Safety and Health — ce que nous appelons le NIOSH. Depuis un certain nombre d'années, l'institut compte parmi les plus importantes composantes du CDC. On y retrouve un grand nombre de personnes spécialisées dans les questions liées à la santé au travail, et elles ont également des liens avec les milieux syndicaux et patronaux. Dans ce genre de situation d'urgence, on doit notamment établir la communication avec les milieux syndicaux et patronaux. À ce chapitre, les membres du NIOSH nous sont extrêmement utiles. Nous avons donc été en mesure d'organiser des conférences téléphoniques et des rencontres personnelles pour ouvrir les voies de communication.

De toute évidence, ce ne sont pas des groupes qui collaborent nécessairement tous les jours. Cependant, au moment du déclenchement de la prochaine épidémie mondiale de grippe, la nécessité de compter sur la participation de l'industrie des transports sera des plus évidentes. Nous devrions faire tout ce que nous pouvons pour nous préparer à le faire.

**Le sénateur Fairbairn:** Vous nous avez fourni un grand nombre d'information sur les liens et les communications. Pour en revenir au SRAS, quelle a été votre première source de communication ou d'information lors de l'apparition du phénomène en Chine, puis à Hanoi? Avez-vous été mis au courant par la filière de Hanoi ou encore par l'OMS à Genève?

**Dr Hughes:** Il existe un système électronique de serveur de liste appelé ProMED qui donne aux personnes intéressées par les maladies infectieuses la possibilité de communiquer entre elles, et bon nombre d'entre nous y sommes abonnés. Dans ce système, on a retrouvé, dès le 10 février, un rapport selon lequel on observait en Chine méridionale une maladie respiratoire inexpliquée qui avait fait quelques victimes. On spéculait sur la nature de la maladie en question.

L'une des choses qui nous préoccupent toujours — à bon droit lorsqu'il est question d'une maladie respiratoire inexpliquée dans cette région du monde — est l'apparition possible d'une nouvelle souche de grippe. Historiquement, c'est de là que viennent les nouvelles souches, et les conditions sont favorables à leur émergence.

À l'époque, nous craignions qu'une nouvelle souche de grippe ne soit en circulation là-bas. Nous avons entendu dire que le phénomène, selon les Chinois, était imputable à la pneumonie à *Chlamydia*. Cela ne nous semblait pas particulièrement probable.

Le lendemain, le gouvernement chinois a officiellement signalé l'épidémie à l'OMS.

Nous entretenons avec nos collègues de Hong Kong des relations de travail cordiales et étroites, en partie à la suite du problème de grippe aviaire qu'on a connue là-bas en 1997. Il y avait eu 18 cas et six décès imputables à une souche de grippe inhabituelle qui n'avait jamais infecté personne auparavant, et



influenza epidemic. We assisted them and the WHO at that time in their investigation. Since that time, we have had good working relationships with them.

We were rapidly in communication with them to see if they thought that this problem in South China might be flu. Because they have excellent influenza surveillance in Hong Kong, they were evaluating respiratory illnesses in their residents and found several cases of H5N1 influenza in two members of a family who had recently returned from South China.

Again, we were concerned that this might be flu. As a result, we were able to send one of our people, along with a WHO representative, to Beijing to talk with them about whether this might be flu. Once we got on the ground there, of course, we began to hear more about what was really going on.

We really owe Dr. Urbani in Hanoi the bulk of the credit because he was reading the same information and was aware that there had been issues in South China. He saw an individual who had recently come to Hanoi from Hong Kong and was severely ill with an unexplained respiratory syndrome and he wondered whether it might be connected, which of course it was. It is good sometimes to be lucky. One of the other things we put in place in the U.S. is a series of what we call Emerging Infection Programs. We have 11 of those now based in state health departments. Several years ago, we decided to try to export that model to another country, and we picked Thailand because of a longstanding history of collaboration with the Thai Department of Health. We had a small group of people in Bangkok as part of this International Emerging Infections Program who got in touch with Dr. Urbani and were very helpful when he first arrived in Bangkok. I believe they were able to help minimize the risk of transmission of the virus in Bangkok. That group became involved in sending people to participate in several of the WHO international teams in the region.

Again, to some extent, it is part of that informal network, but we were certainly grateful to have alert people in the right places at the right time.

**Senator Fairbairn:** Just to get the picture clearly in my mind, when you picked up the information through your informal network, would that have been transmitted to Canada in any way?

**Dr. Hughes:** Could it have been transmitted to Canada? We certainly were in communication with the WHO. I would have to look back at the history of the earliest communications with Health Canada.

nous craignons qu'elle ne marque le déclenchement de la prochaine épidémie mondiale de grippe. Nous avons aidé nos collègues de Hong Kong et l'OMS dans l'enquête. Depuis ce temps, nous entretenons de bonnes relations de travail avec eux.

Nous sommes rapidement entrés en communication avec eux pour voir s'ils pensaient que le problème qui était apparu en Chine méridionale pouvait être lié à la grippe. Parce qu'ils disposent d'un excellent mécanisme de surveillance de cette maladie à Hong Kong, à la suite de l'évaluation des maladies respiratoires dont souffraient des résidents, ils avaient diagnostiqué quelques cas de grippe H5N1 chez deux membres d'une famille qui étaient récemment rentrés d'un séjour en Chine méridionale.

Une fois de plus, nous craignons qu'il ne s'agisse de la grippe. Nous avons donc été en mesure de dépêcher un de nos représentants et un représentant de l'OMS à Beijing pour discuter avec des responsables de la possibilité que la grippe soit en cause. Une fois sur place, naturellement, nous avons commencé à mieux comprendre ce dont il s'agissait.

C'est toutefois au Dr Urbani de Hanoi que revient la plus grande part du mérite: en effet, il avait lu les mêmes informations et savait que des problèmes s'étaient posés en Chine méridionale. Une personne récemment arrivée à Hanoi en provenance de Hong Kong était venue le consulter, souffrant d'un grave syndrome respiratoire inexpliqué. Le Dr Urbani s'est demandé s'il y avait un lien, ce qui, bien entendu, était le cas. Parfois, il est heureux que nous ayons de la chance. Parmi les autres mesures que nous avons prises aux États-Unis, je mentionne une série de programmes appelés Emerging Infection Programs. Au moment où nous nous parlons, onze de ces programmes sont en place dans des ministères de la Santé des États. Il y a quelques années, nous avons décidé de tenter d'exporter ce modèle vers un autre pays, et nous avons choisi la Thaïlande parce que nous collaborons depuis longtemps avec le ministère de la Santé de la Thaïlande. Dans le cadre du volet international de ce programme, nous avons un certain nombre de personnes en poste à Bangkok, lesquelles ont communiqué avec le Dr Urbani et se sont révélées des plus utiles lorsqu'il est arrivé à Bangkok. Je crois que ces personnes ont réussi à réduire au minimum les risques de transmission du virus à Bangkok. Les membres de ce groupe ont joué un rôle en affectant des personnes à quelques-unes des équipes internationales mises sur pied par l'OMS dans la région.

Une fois de plus, et jusqu'à un certain point, cela fait partie du réseau officieux dont j'ai parlé, mais il est certain que nous sommes heureux d'avoir eu aux bons endroits et au bon moment des personnes capables de sonner l'alerte.

**Le sénateur Fairbairn:** Pour me faire une idée claire de la situation, j'aimerais savoir si, au moment où votre réseau officieux vous a communiqué l'information, cette dernière a été retransmise au Canada d'une façon ou d'une autre?

**Dr Hughes:** Aurait-elle pu être transmise au Canada? Il est certain que nous étions en communication avec l'OMS. Il faudrait que je consulte l'historique des toutes premières communications avec Santé Canada.

I will say that we have had a longstanding, close working relationship with them. Paul Gully, who is one of their senior officials, sits on our board as a scientific counsellor. We have regular communication with them. I do not know off the top of my head when the first communication from CDC to Health Canada took place.

That is a good point. We share common interests and common borders.

**Senator Callbeck:** Dr. Hughes, I wish to ask you a question about the management of an outbreak. The first line in outbreak management is at the local and then the state level. As I understand it, the CDC has to be asked to come in and help out. Does the CDC have any authority to go in on its own?

**Dr. Hughes:** In a massive, interstate kind of catastrophe, I am sure that the secretary or the director of CDC could declare an emergency and have us immediately engaged. In fact, the way it works, as you said, the problems are recognized at the local level and the state level. If they are thought to be severe or unusual beyond the capacity of the local level, or if the disease has special significance, like anthrax, they will immediately let us know. We will then offer assistance.

Depending on the nature of the problem, as honourable senators will understand, often the local and state jurisdictions rightly feel that they can handle it themselves. We get into a little negotiation with them, if you will. The ease with which we obtain our invitations varies with the gravity and nature of the problem. Suffice it to say that in a real, perceived emergency, they are generally only too happy to have us there as quickly as possible.

**Senator Callbeck:** Is it correct that you have never met with resistance in a serious outbreak?

**Dr. Hughes:** I would not go that far. The local and state jurisdictions do have trained people. Many things occur that we never hear about. That is as it should be.

Sometimes we get a problem that looks as if it has interstate implications. Then, frankly, it takes some negotiation. We can twist arms and have people call other people. In a real, perceived emergency, they are generally very happy to have us.

We would not just barge in because we would be unable to work effectively. We have to go in with their concurrence, which sometimes might be a little reluctant, but generally is reasonably enthusiastic.

Ce que je peux dire, cependant, c'est que nous nous entretenons avec Santé Canada des relations de travail étroites de longue date. Paul Gully, l'un des conseillers principaux, siège à notre conseil à titre de conseiller scientifique. Nous communiquons régulièrement avec Santé Canada. À brûle pourpoint, j'ignore toutefois quand le CDC a communiqué avec Santé Canada pour la première fois.

Vous soulevez un point valable. Nous avons des frontières et des intérêts communs.

**Le sénateur Callbeck:** Docteur Hughes, je veux vous poser une question au sujet de la gestion d'une épidémie. Dans l'éventualité d'une épidémie, le premier niveau de gestion se situe au niveau local, puis il y a un niveau des États. Si je comprends bien, on a demandé au CDC de venir sur place pour apporter de l'aide. Le CDC a-t-il le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative?

**Dr Hughes:** Dans le cas de catastrophes massives transcendant les frontières des États, je suis certain que le secrétaire ou la directrice du CDC pourrait déclarer une situation d'urgence et nous faire intervenir immédiatement. En fait, dans l'état actuel des choses, comme vous l'avez dit, c'est au niveau local et à celui des États qu'on cerne les problèmes. Si on juge que les problèmes en question sont graves ou inhabituels et qu'ils outrepassent les capacités au niveau local ou que la maladie concernée revêt une importance particulière, comme dans le cas du bacille du charbon, on nous en informera immédiatement. Nous allons ensuite proposer notre aide.

Selon la nature du problème, comme les honorables sénateurs le comprendront sans doute, il arrive souvent que les administrations locales et celles des États estiment à juste titre pouvoir s'en occuper elles-mêmes. Nous engageons alors, si vous voulez, de petites négociations. La facilité avec laquelle nous obtenons une invitation dépend de la gravité et de la nature du problème. En cas d'urgence perçue et réelle, les intéressés sont généralement heureux de nous voir débarquer le plus rapidement possible.

**Le sénateur Callbeck:** Est-il vrai que vous n'avez jamais rencontré de résistance dans le cas d'épidémie grave?

**Dr Hughes:** Je n'irais pas si loin. On trouve dans les administrations locales tout comme dans celles des États des personnes dûment formées. Il y a de nombreux problèmes dont nous n'entendons jamais parler, et c'est très bien ainsi.

Parfois, un problème donne l'impression d'avoir des conséquences qui transcendent les frontières. Dans de tels cas, je le dis franchement, il faut négocier. Nous avons la possibilité de «tordre des bras» et de faire intervenir des tierces parties. En cas d'urgence réelle ou perçue, on est généralement très heureux de nous accueillir.

Nous ne pouvons pas tout simplement nous imposer parce que nous ne pourrions pas travailler de façon efficace. Nous devons obtenir l'aval des parties intéressées, qui se montrent parfois un peu réticentes, mais l'accueil est en général raisonnablement enthousiaste.



**Senator Callbeck:** On another subject, I see that this year the budget of CDC totals \$7.2 billion. Does that money come from the federal government? Does any of it come from the states? What about international organizations such as the World Health Organization? Do they contribute anything?

**Dr. Hughes:** The World Health Organization does not contribute to CDC except possibly very minimal amounts in the context of some of the collaborating centres that we have that support the WHO. In fact, we contribute money to WHO. I commented earlier that we recognize the problem of their limited resources, so we do try to help them to the extent that we can.

The vast majority of the CDC budget is made up of funds appropriated by Congress. However, we do have a CDC foundation that was established eight years ago that has been effective in raising money from other sources for some CDC programs that are not well supported by appropriated funds. That is a very small portion of the overall CDC budget.

To my knowledge, the states do not provide CDC with funding. We provide states with funding.

**Senator Callbeck:** Is a percentage of your budget spent on international cooperation with respect to health promotion and protection?

**Dr. Hughes:** Yes. I am not able to tell you what that percentage currently is. On that point, the roots of CDC are in an agency of the U.S. government that was in place during World War II called "malaria control in war areas." It was located in the Southeast because malaria was a problem at that time in many of the military recruit training camps down here.

It is interesting that CDC's roots are obviously in a global infectious disease that is still one of the leading killers worldwide.

From its very beginning in 1946, CDC had a commitment to dealing with international problems. For many years, though, that was not something that necessarily resonated in Washington. Although CDC has always had an international profile, presence and commitment, the funding has often not been substantial. There has, therefore, been a certain juggling act involved in keeping some of the international programs going.

However, in recent years, people have begun to appreciate the global village and the implications that problems in far away places can have for us. Therefore, I must say that both as a result of emerging infections and global microbial threats as well as the threat of bio-terrorism, the interest of the administration and Congress in supporting more international activity here at CDC is apparent. Although we do not have our budget for next year yet,

**Le sénateur Callbeck:** Dans un autre ordre d'idée, je constate que le budget du CDC s'élève cette année à 7,2 milliards de dollars. Cet argent provient-il du gouvernement fédéral? Certains montants proviennent-ils des États? Qu'en est-il d'organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la santé? Vous apporte-t-elle des contributions?

**Dr Hughes:** L'Organisation mondiale de la santé n'apporte pas de contributions aux CDC, si on excepte des montants très minimes dans le contexte de certains de nos centres de collaboration qui soutiennent l'OMS. En fait, nous apportons des contributions à l'OMS. J'ai dit plus tôt que nous étions conscients des ressources limitées dont l'organisation dispose, et nous essayons de lui venir en aide à la mesure de nos moyens.

La vaste majorité des fonds qui composent le budget du CDC provient de crédits votés par le Congrès. Cependant, le CDC a une fondation dont la création remonte à huit ans. Cette fondation a été pour nous un moyen efficace de recueillir des fonds auprès d'autres sources pour certains des programmes du CDC que les crédits votés ne permettent pas de soutenir adéquatement. Il s'agit d'une très petite portion du budget global du CDC.

À ma connaissance, les États ne participent pas au financement du CDC. C'est nous qui versons des fonds aux États.

**Le sénateur Callbeck:** Consacrez-vous un pourcentage de votre budget à la coopération internationale dans les domaines de la promotion et de la protection de la santé?

**Dr Hughes:** Oui. Je ne suis pas en mesure de vous dire à combien se chiffre actuellement ce pourcentage. À ce propos, ce qui était un organisme du gouvernement des États-Unis actif pendant la Deuxième Guerre mondiale, appelé «malaria control in war areas,» qui est à l'origine du CDC. Le programme était établi dans le Sud-Est parce que, à l'époque, le paludisme posait problème dans bon nombre de camps d'entraînement des recrues de l'armée de ces régions.

Il est intéressant de noter que le CDC est manifestement né de la lutte à une maladie infectieuse mondiale qui demeure l'une des principales causes de mortalité au monde.

Dès ses tout débuts, en 1946, le CDC s'est montré déterminé à lutter contre des problèmes mondiaux. Pendant des années, cependant, cette question n'a pas nécessairement trouvé un grand retentissement à Washington. Même si le CDC a toujours eu un profil, une présence et un engagement sur la scène internationale, le financement a souvent été limité. Pour assurer la préservation de certains des programmes internationaux, on a donc dû, dans certains cas, se livrer à des numéros d'équilibre.

Cependant, au cours des dernières années, on a commencé à prendre la mesure du village planétaire et des conséquences que les problèmes qui se posent ailleurs peuvent avoir sur nous. Par conséquent, je dois dire que, à la lumière des infections émergentes, des menaces microbiennes mondiales et des menaces bioterroristes, l'administration et le Congrès se montrent manifestement intéressés à soutenir un plus grand

there is reason to be hopeful that we will get an increase in funding to support some of our international work, which we think is very appropriate.

**Senator Roche:** Dr. Hughes, I want to follow up on the World Health Organization, to which senators have previously referred.

You have said that the CDC supports the World Health Organization and, for example, during the SARS epidemic, you had daily telephone conference calls with them. I think you said that from time to time, CDC contributes money to the World Health Organization.

I take it from that that there is a sort of ad hoc relationship between the CDC and the World Health Organization. I am struck by your own words in one of your concluding sentences, in which you said that the SARS experience reinforces the importance of global collaboration, global surveillance and prompt reporting that is linked to adequate and sophisticated diagnostic laboratory capacity.

It is clear from what I heard this afternoon that the CDC has a very sophisticated capacity, and I wonder if you think that the World Health Organization does not, because of its limited resources, as you said.

Is there a way in which something beyond an ad hoc relationship can be established, whether by the CDC and the World Health Organization or, I am thinking, particularly in Canada? If infectious disease is now a global problem, do we not need a strong, globally centred organization with a sophisticated capacity to deal with this?

**Dr. Hughes:** Yes, we do. If you visited WHO headquarters in Geneva and our headquarters here in Atlanta, you would see one obvious difference right away. WHO is in an office building. We are in office buildings that include laboratory buildings. The WHO does not have any in-house laboratory capacity. Therefore, they rely on networks of WHO collaborating centres of laboratories around the world. One example that is relevant, because its work is apparent every year, is the influenza collaborating centre network, of which there are four principle reference labs, one of which is here in Atlanta. That is the way WHO works. Rather than having the in-house laboratory capacity, they maintain relationships with laboratories that they have designated as collaborating centres.

Your National Microbiology Laboratory in Winnipeg participates as a collaborating centre in some of those laboratory networks, so you are supporting the WHO's efforts much as we do. We have a large number of WHO collaborating centre laboratory networks here, and because, as I mentioned, WHO does not have the funds, they rely on us to provide that service. Over the past few years, we have been fortunate to be able

nombre d'activités internationales au CDC. Nous n'avons pas encore notre budget pour le prochain exercice, mais nous avons des raisons d'espérer une majoration des fonds destinés au soutien de nos travaux sur la scène internationale, ce qui nous semble tout à fait approprié.

**Le sénateur Roche:** Docteur Hughes, j'aimerais revenir sur l'Organisation mondiale de la santé, à laquelle des sénateurs ont déjà fait référence.

Vous avez dit que le CDC soutient l'Organisation mondiale de la santé et que, pendant l'épidémie de SRAS, par exemple, vous avez eu des conférences téléphoniques quotidiennes avec elle. Vous avez également dit, je crois, que le CDC apporte à l'occasion une contribution financière à l'Organisation mondiale de la santé.

J'en viens donc à la conclusion qu'il existe une sorte de relation ponctuelle entre le CDC et l'Organisation mondiale de la santé. Je suis frappé par un passage de votre conclusion, dans lequel vous dites que l'expérience du SRAS réaffirme l'importance de la collaboration mondiale, de la surveillance mondiale et de la déclaration rapide, éléments liés à une capacité adéquate et perfectionnée d'établir des diagnostics en laboratoire.

Il ressort clairement de ce que nous avons entendu cet après-midi que le CDC possède des capacités de pointe, et je me demande si l'Organisation mondiale de la santé en est dépourvue, compte tenu, comme vous l'avez dit, des ressources limitées à sa disposition.

Y aurait-il moyen d'établir un lien qui aille au-delà des relations ponctuelles, par le CDC et l'Organisation mondiale de la santé, ou, suivant mon raisonnement, le Canada en particulier? Si les maladies infectieuses constituent désormais un problème mondial, n'avons-nous pas besoin d'une organisation mondiale forte dotée de capacités de pointe pour y faire face?

**Dr Hughes:** Oui, nous en avons effectivement besoin. Si vous avez visité le siège social de l'OMS à Genève et notre siège social, ici, à Atlanta, vous avez constaté une différence qui saute aux yeux. Le siège social de l'OMS est un immeuble à bureaux. Dans les immeubles à bureaux que nous occupons, on trouve des laboratoires. L'OMS ne dispose pas de services de laboratoire à l'interne. Par conséquent, elle s'en remet aux réseaux de laboratoires collaborateurs dont elle dispose partout dans le monde. À ce titre, le réseau de centres collaborateurs pour la grippe, en raison des travaux manifestes qu'il mène chaque année, constitue un exemple pertinent. On dénombre quatre laboratoires de référence principaux, dont un se trouve ici, à Atlanta. C'est ainsi que fonctionne l'OMS. Plutôt que d'être dotée d'une capacité de laboratoire à l'interne, elle entretient des relations avec des laboratoires conçus à titre de centres collaborateurs.

Votre Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg participe à titre de centre collaborateur à certains de ces réseaux de laboratoires, et vous soutenez donc les efforts de l'OMS tout autant que nous. Nous avons ici un grand nombre de réseaux de centres collaborateurs de l'OMS. Faute de fonds, l'OMS, je le répète, compte sur nous pour la prestation de ces services. Au cours des dernières années, nous avons eu la chance de pouvoir



to target some of our emerging infections funding to rebuilding some of these laboratories and strengthening their capacity to support the WHO.

WHO has also established a Global Outbreak Alert and Response Network. I apologize for all the acronyms, but they refer to that as GOARN. That is a network of epidemiologists and laboratory scientists in many countries around the world, including people from the U.S. and Canada, who work very closely with them to try to track reports of infectious disease outbreaks of potentially international concern. Health Canada has been a very prominent participant in that.

Another good thing that Health Canada has done to help WHO is develop a global public health information network that is an Internet-based approach to daily scanning of news media to try to pick up local reports of infectious disease outbreaks around the world in a timely way. That was a Canadian initiative.

**Senator Roche:** Is there a serious influenza outbreak coming this fall and winter?

**Dr. Hughes:** I wish I knew. I cannot answer that for certain. That is why we have public health surveillance, and that is why we try to track influenza strains, working with this influenza network around the world.

In the U.S. so far this year, we have seen early activity in Texas, and we have seen that some of the viral isolates have drifted a little from what is in the vaccine strain. We learn more about this literally every day and we have to stay tuned to the magnitude, but it is time to get our influenza vaccine for this year. If you do not remember anything else from this, remember that.

**Senator Fairbairn:** Obviously, Dr. Hughes, I think it is fair to say that this situation certainly shook not just Ontario and Toronto, but also the country, and there is a lot of ongoing discussion about how to plan ahead. Would you welcome the creation of a full-blown Canadian form of a CDC in this country?

**Dr. Hughes:** Certainly. We value our current collaborations with colleagues in Health Canada, and we would look forward to working even more closely with them or with a new component, if that is the way you decide to go. Maybe the earlier question about when we first communicated with Health Canada is germane to that. However, we have found with these international issues over the years that it is good for us to be in communication and to have a consistent approach vis-à-vis Canada and the U.K., as well as,

cibler certains de nos fonds consacrés aux infections émergentes sur le réaménagement de certains de ces laboratoires de même que sur le renforcement de leur capacité de soutenir l'OMS.

L'OMS a également constitué un Réseau mondial de vigilance et d'intervention contre les flambées épidémiques. Je m'excuse de multiplier les acronymes, mais, en anglais, on parle du GOARN pour Global Outbreak Alert and Response Network. Il s'agit d'un réseau d'épidémiologistes et de scientifiques qui travaillent en laboratoire dans de nombreux pays du monde, y compris aux États-Unis et au Canada. Ces personnes travaillent en étroite collaboration avec l'OMS et ont pour tâche d'assurer le suivi des flambées épidémiques infectieuses susceptibles de créer des inquiétudes sur la scène internationale. Santé Canada a joué un rôle des plus prééminents à cet égard.

Parmi les autres mesures positives prises par Santé Canada pour venir en aide à l'OMS, je mentionne aussi la création du Réseau d'information sur la santé mondiale (RISM), fondé sur Internet. On dépouille quotidiennement les médias d'information pour détecter de façon opportune les rapports de flambées épidémiques infectieuses partout dans le monde. C'était une initiative canadienne.

**Le sénateur Roche:** Y a-t-il une grave flambée de grippe qui nous attend au cours de l'automne et de l'hiver?

**Dr Hughes:** J'aimerais bien le savoir. Je ne peux pas vous répondre de façon certaine. Voilà pourquoi nous assurons une surveillance de la santé publique et tentons de suivre les souches de grippe grâce à la collaboration du réseau chargé du suivi de la grippe.

Aux États-Unis, cette année, nous avons constaté une activité grippale précoce au Texas. Par ailleurs, certains isolats viraux sont légèrement différents de la souche utilisée pour le vaccin. Nous en apprenons plus à ce sujet tous les jours, littéralement, et nous devons suivre de près l'amplitude du problème, mais il est temps de vous faire administrer votre vaccin contre la grippe de cette année. S'il y a une seule chose que vous devez retenir de notre rencontre d'aujourd'hui, c'est celle-là.

**Le sénateur Fairbairn:** Manifestement, docteur Hughes, il est juste de dire, me semble-t-il, que la situation que nous avons connue a ébranlé non seulement l'Ontario et Toronto, mais aussi l'ensemble du pays. En outre, la question de savoir comment planifier pour l'avenir fait l'objet de discussions continues. Accueilleriez-vous favorablement la création au pays d'un pendant canadien en bonne et due forme du CDC?

**Dr Hughes:** Certainement. Nous sommes satisfaits de notre collaboration actuelle avec nos collègues de Santé Canada, et nous nous ferions un plaisir de collaborer de façon encore plus étroite avec eux ou cette nouvelle composante, à supposer que vous décidiez de vous engager dans cette voie. À cet égard, la question qu'on m'a posée plus tôt sur le moment de notre première communication avec Santé Canada est peut-être liée à celle que vous soulevez maintenant. Cependant, dans le contexte

obviously for us, with Mexico. We will work with you regardless of how you determine to proceed.

**The Chairman:** To that extent, you would see pursuing greater integration or greater collaboration through the Global Public Health Intelligence Network as a critical piece of this detection process?

**Dr. Hughes:** Yes, through what WHO likes to refer to as a "network of networks," and there are many components. The more we can collaborate and communicate, the better.

That gives me a chance to make a final comment. One of the advantages you have over us right now is that you are fortunate to have your human disease reference laboratory and veterinary disease reference laboratory co-located in the same facility in Manitoba. You remember my comment about the human health world and the veterinary world being different. I wish we had a similar situation. I think you are better positioned than we are to deal with some of these zoonotic disease issues.

**The Chairman:** It is disconcerting for humans to discover that diseases that are causing trouble are coming from animals, because in a sense we are inclined to think that the vets do their thing and the doctors do theirs. I do not know how you would even go about getting that kind of collaboration, because one of the gaps you talked about was that between veterinary medicine and clinical medicine, and they are usually two such totally separate worlds. Have you put in place any special processes to begin to close those gaps?

**Dr. Hughes:** We are trying. It is taking more time than I wish. There are public health veterinarians, people trained in public health veterinary science, and we have a number of them here at CDC. They are dispersed within our organization. There is no focal point for veterinary public health leadership here, which is critical in terms of reaching out to the broad range of professional groups. Veterinary medicine and public health is every bit as complex as human medicine and public health. There are many different areas of specialization, sub-specialization and focus. We are working to identify a senior person to come and work with us — I am not sure what we will call him, but maybe chief veterinary officer, for example — to provide leadership, because it really is a full-time job to make something like that happen, and we are not there yet.

des problèmes internationaux qui se sont posés au fil des ans, nous nous sommes rendu compte qu'il était avantageux pour nous de communiquer et d'adopter une approche cohérente vis-à-vis du Canada, du Royaume-Uni et, pour nous, évidemment, du Mexique. Nous allons travailler avec vous, peu importe la façon de faire que vous retiendrez.

**Le président:** Sur ce plan, cherchiez-vous à assurer une intégration plus grande ou une collaboration plus grande par le truchement du RISM à titre d'élément critique de ce mécanisme de détection?

**Dr Hughes:** Oui, par l'intermédiaire de ce que l'OMS se plaît à appeler un «réseau de réseaux», lequel comporte de nombreuses composantes. Plus nous collaborons et communiquons, mieux nous nous portons.

Vous me donnez l'occasion de faire un dernier commentaire. L'un des avantages que vous avez actuellement par rapport à nous, c'est que, par chance, votre laboratoire de référence pour les maladies humaines et votre laboratoire de référence pour les maladies vétérinaires partagent les mêmes locaux au Manitoba. J'ai dit, vous vous en souviendrez, que le monde de la santé humaine et le monde vétérinaire étaient différents. J'aimerais bien que nous soyons organisés comme vous. Je pense que vous êtes mieux en mesure que nous de faire face à certains problèmes liés aux maladies zoonotiques.

**Le président:** Il est déconcertant pour les humains de se rendre compte que des maladies qui posent problème viennent des animaux puisque, en un sens, nous sommes enclins à établir une ligne de démarcation entre le travail des vétérinaires et celui des médecins. Étant donné le fossé que vous avez évoqué entre la médecine vétérinaire et la médecine clinique, je n'arrive même pas à imaginer comment on pourrait favoriser ce genre de collaboration: habituellement, il s'agit de deux mondes entièrement distincts. Avez-vous pris des mesures spéciales pour tenter de combler le fossé?

**Dr Hughes:** Nous nous y employons. Il faut pour ce faire plus de temps que je ne le souhaiterais. Il y a des vétérinaires de santé publique, des personnes formées dans le domaine des sciences vétérinaires en rapport avec la santé publique, et certaines d'entre elles travaillent au CDC. Elles sont disséminées aux quatre coins de notre organisation. Il n'y a pas ici de centre de responsabilité précis pour la santé publique vétérinaire, élément pourtant critique si nous voulons rejoindre tout l'éventail des groupes professionnels. La médecine vétérinaire et la santé publique constituent un domaine tout aussi complexe que celui de la médecine humaine et de la santé publique. Il y a de nombreux champs différents de spécialisation, sous-spécialisation et d'intérêts particuliers. Nous nous efforçons de recruter une personne de haut niveau qui viendrait travailler avec nous à titre de vétérinaire en chef, peut-être — même si j'ignore comment nous l'appellerions. Cette personne assurerait le leadership nécessaire. En effet, faire bouger les choses dans ce domaine constitue véritablement un emploi à temps plein. Nous n'en sommes pas encore là.



**The Chairman:** As a matter of curiosity, is a veterinary public health officer trained as a doctor or a vet?

**Dr. Hughes:** By definition, a veterinary public health officer is trained as a vet.

**The Chairman:** Is the focus on animal diseases that impact on humans?

**Dr. Hughes:** Yes. I do not want to leave you with the impression, incidentally, that all of these emerging problems come from animals, because they certainly do not, but it does seem that the ones that have gained the most notoriety in recent years have tended to. There is a message there, telling us that we need to continue to try to get our act together better at that important interface.

**The Chairman:** Dr. Hughes, thank you for taking the time to be with us. It has been very helpful.

**Dr. Hughes:** I have enjoyed the opportunity. You have asked excellent questions. I hope I have been helpful, and if subsequent questions occur to you we can try to be responsive.

**The Chairman:** Honourable senators, because Dr. Hughes did not read his prepared document I need a motion to append it to the record.

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Second, we will not try to go through the document tonight. Let me talk about the process here for a second and work backwards from the need to release our response to the Naylor report before what people keep telling us will be a prorogation.

The document that everyone has is a second or third draft. The steering committee went through the document before it was circulated, but people need time to read it. Can I suggest we do the following, because we would like to table it two weeks from today? Could we schedule a meeting at six o'clock next Tuesday? I would like to meet then, rather than Wednesday afternoon, because it buys us an extra 24 hours. In advance of that, if you have editorial changes, please give them to Odette and Howard.

How many people could make it to a meeting from 6:00 to 7:00? We have to find the time to get it done. That is my problem. I am not here Monday, and I am not sure if a couple of others will be back. I am not sure if Senator Morin will be back from Rome.

It could be a relatively short meeting, but could we try that at 6:00?

**Senator LeBreton:** The Agriculture Committee sits at six o'clock in that room.

**Le président:** À titre de curiosité, pouvez-vous nous dire si un vétérinaire de santé publique reçoit une formation de médecin ou de vétérinaire?

**Dr Hughes:** Par définition, un vétérinaire de santé publique est formé à titre de vétérinaire.

**Le président:** Dans le cadre de cette formation, met-on l'accent sur les maladies animales qui ont un impact sur les humains?

**Dr Hughes:** Oui. Soit dit en passant, je ne voudrais pas vous donner l'impression que l'ensemble des problèmes émergents auxquels nous sommes confrontés viennent des animaux puisque tel n'est certainement pas le cas. Cependant, les maladies dont il a été le plus question au cours des dernières années ont eu tendance à venir des animaux. Il y a là un message, c'est-à-dire que nous devons continuer de déployer des efforts pour mieux traiter cette interface importante.

**Le président:** Docteur Hughes, merci d'avoir pris le temps de nous parler. Votre témoignage a été des plus utiles.

**Dr Hughes:** L'expérience m'a beaucoup plu. Vous avez posé d'excellentes questions. J'espère vous avoir été utile. Si, en cours de route, d'autres questions vous viennent, nous allons tenter d'y répondre.

**Le président:** Honorables sénateurs, le Dr Hughes n'a pas lu le document qu'il avait préparé. J'ai donc besoin d'une motion pour qu'il soit versé au compte rendu.

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Deuxièmement, nous n'allons pas tenter d'éplucher le document ce soir même. J'aimerais parler un moment de la procédure et de l'obligation que nous avons de réagir au rapport Naylor avant la clôture de la session annoncée de toutes parts.

Le document que tout le monde a en main en est à sa deuxième ou à sa troisième version. Le comité de direction l'a parcouru avant de le distribuer, mais les membres ont besoin de temps pour le lire. Puis-je faire une suggestion, compte tenu de notre volonté de déposer notre rapport d'ici deux semaines? Pourrions-nous fixer une rencontre à 18 heures, mardi prochain? Je préférerais que nous nous rencontrions à ce moment plutôt que mercredi après-midi puisque, de cette façon, nous gagnons 24 heures. Si, entre-temps, vous avez des modifications au texte à proposer, je vous prie de les communiquer à Odette et à Howard.

Quels sont ceux qui pourraient assister à une réunion entre 18 heures et 19 heures? Nous devons trouver un moment pour faire ce travail. Voici le problème auquel je suis confronté: je ne serai pas ici lundi, et je ne sais pas non plus si deux ou trois membres du comité seront de retour à ce moment. J'ignore si le sénateur Morin sera de retour de Rome.

La rencontre pourrait être relativement brève. Pourrions-nous tenter de nous réunir à 18 heures?

**Le sénateur LeBreton:** Le Comité de l'agriculture siège dans cette salle à 18 heures.

**The Chairman:** Does anyone want to suggest another time? How about first thing Wednesday morning, because our national caucuses do not matter much these days?

**Senator LeBreton:** You have not been at ours.

**The Chairman:** Yours do, sorry.

**Senator Fairbairn:** Early Wednesday.

**Senator Cordy:** That is worse for me because I would like to go to the regional caucus meeting.

**The Chairman:** Will we leave it at our regular time, Wednesday afternoon, then?

**Senator LeBreton:** What did we have next Wednesday afternoon?

**The Chairman:** We did not have anything booked.

**Senator LeBreton:** Well then, we should use that space.

**The Chairman:** However, can we have a motion? If we want to meet on Wednesday it has to be at 3:30, even if the Senate is sitting, and we will not try to get a motion through the house.

Therefore could I have a motion that would essentially delegate to the steering committee the authority to approve the final text? That way, when we meet at 3:30 next week, it will be technically a steering committee meeting, even though we will all be there, and you can have a steering committee meeting even if the Senate is sitting. We then get around the problem of not being able to have a committee meeting when the Senate is sitting, because it is technically a steering committee meeting involving all members of the committee.

**Senator Fairbairn:** I have one point. You might want to contact the Agriculture Committee, because our report — we are working on one, too — was pretty much dealt with today and we might not be meeting on Tuesday.

**The Chairman:** Yes, but the Fisheries Committee is at the same time.

First, can I have a motion to delegate it to the steering committee, recognizing it is designed to get around the rule? Therefore, we will meet at 3:30 next week.

**Hon. Senators:** Agreed.

The committee adjourned.

**Le président:** Quelqu'un souhaite-t-il suggérer un autre moment? Que diriez-vous d'une rencontre à la première heure mercredi matin? Ces jours-ci, nos caucus nationaux n'ont pas beaucoup d'importance.

**Le sénateur LeBreton:** On voit bien que vous n'avez pas assisté aux nôtres.

**Le président:** C'est vrai, les vôtres comptent. Pardonnez-moi.

**Le sénateur Fairbairn:** Tôt mercredi.

**Le sénateur Cordy:** C'est plus grave pour moi parce que j'aimerais assister à la réunion du caucus régional.

**Le président:** Nous allons donc nous réunir mercredi après-midi à l'heure actuelle?

**Le sénateur LeBreton:** Qu'avions-nous de prévu pour mercredi après-midi?

**Le président:** Rien n'avait encore été fixé.

**Le sénateur LeBreton:** Dans ce cas, nous devrions profiter de ce moment.

**Le président:** Quelqu'un peut-il présenter une motion? Si nous voulons nous rencontrer mercredi, nous devons le faire à 15 h 30, même si le Sénat siège, et nous n'allons pas tenter de faire adopter une motion par la Chambre.

Par conséquent, quelqu'un pourrait-il proposer que l'on délègue essentiellement au comité de direction le pouvoir d'approuver le texte final? Ainsi, lorsque nous nous réunirons à 15 h 30, la semaine prochaine, il s'agira techniquement d'une réunion du comité de direction, même si nous serons tous là, et nous pourrions avoir une réunion du comité de direction même si le Sénat siège. Ainsi, nous pouvons contourner le problème que présente l'impossibilité d'organiser une réunion du comité pendant que le Sénat siège, puisque, techniquement, il s'agira d'une réunion du comité de direction à laquelle participent tous les membres du comité.

**Le sénateur Fairbairn:** Permettez-moi de soulever un point. Vous pourriez peut-être communiquer avec le Comité de l'agriculture. Nous avons en gros mis la dernière main à notre rapport aujourd'hui — nous en préparons un, nous aussi — et il est possible que nous ne nous réunissions pas mardi.

**Le président:** Oui, mais le Comité des pêches siège en même temps.

Puis-je d'abord avoir une motion visant à déléguer la question au comité de direction, étant entendu qu'il s'agit d'un moyen de contourner la règle? Nous allons donc nous réunir à 15 h 30, la semaine prochaine.

**Des voix:** D'accord.

La séance est levée.





**Testimony  
Before the Senate Standing Committee on  
Social Affairs, Science, and Technology  
Senate of Canada**

**CDC's Response to Infectious Disease  
Threats including Preparedness Planning  
for Severe Acute Respiratory Syndrome  
(SARS)**

*Statement of*

**James M. Hughes, M.D.**

*Director*

*National Center for Infectious Diseases*

*Centers for Disease Control and Prevention*

*Department of Health and Human Services*



**CENTERS FOR DISEASE<sup>TM</sup>  
CONTROL AND PREVENTION**

**For Release on Delivery  
Expected at 9:00 AM  
Wednesday, October 22, 2003**

Good afternoon. I am Dr. James M. Hughes, Director, National Center for Infectious Diseases, United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Thank you for inviting CDC to participate today in this study on a critical public health issue: strengthening public health infrastructure and responding to infectious disease outbreaks. The emergence of severe acute respiratory syndrome (SARS) this past year is a timely example of the importance of this topic as well as its direct and immediate relevance to both of our countries.

Despite modern advances, such as antibiotics and vaccines, infectious diseases are a continuing threat to global health. The emergence of new threats, such as West Nile encephalitis, vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* (VRSA) infection, hantavirus pulmonary syndrome, SARS, and monkeypox, are dramatic reminders that we must remain vigilant in our efforts to address emerging infections. Our recent experiences with SARS are also clear indications that infectious diseases recognize no boundaries and require increased global awareness and strong collaboration with domestic and international partners for effective response. Protecting the public's health is CDC's domestic mission, and today I will update you on our ongoing role in responding to domestic and global infectious disease threats and on our activities to prepare the United States for a possible recurrence of SARS.

### **Emerging Global Microbial Threats**

Since 1994, CDC has been engaged in a nationwide effort to revitalize our national capacity to protect the public from infectious diseases. Progress continues to be made in



the areas of disease surveillance and outbreak response; applied research; prevention and control; and infrastructure-building and training. However, SARS provides striking evidence that a disease that emerges or reemerges anywhere in the world can spread rapidly. It is not possible to adequately protect the health of our nation without addressing infectious disease problems that are occurring elsewhere in the world.

In March 2003, the Institute of Medicine (IOM) published a report describing the spectrum of microbial threats to national and global health, factors affecting their emergence or resurgence, and measures needed to address them effectively. The report, *Microbial Threats to Health: Emergence, Detection, and Response*, serves as a successor to the 1992 landmark IOM report *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*, which provided a wake-up call on the risk of infectious diseases to national security and the need to rebuild the nation's public health infrastructure. The recommendations in the 1992 report have served as a framework for CDC's infectious disease programs for the last decade, both with respect to goals and targeted issues and populations. Although much progress has been made, especially in the areas of strengthened surveillance and laboratory capacity, much remains to be done. The new report clearly calls for the United States to increase its capacity to detect and respond to national and global microbial threats, both naturally occurring and deliberately released, and provides recommendations for specific public health actions to meet these needs. Summaries of the new IOM report along with copies of CDC's current strategies to prevent emerging infectious diseases have been provided to the Committee.

The IOM report presents a broad spectrum of recommendations to address emerging microbial threats to health. Key among these is the need to improve global surveillance and response capacity for infectious disease threats. The report calls for a comprehensive surveillance system for global infectious diseases and an intensified effort to develop and arrange for distribution of laboratory diagnostic reagents needed for global surveillance and technology transfer between nations. CDC is intensifying its collaborations with WHO and other partners to create a comprehensive global network that detects and controls local outbreaks before they become worldwide pandemics. A major focus of that work is to develop and expand fledgling regional disease surveillance networks that include less developed nations as members. In the years ahead, these networks can expand, interact, and become the building blocks of a worldwide "network of networks" that monitors priority diseases of global concern (including pandemic influenza, drug-resistant diseases, and diseases caused by biological agents) and provides early warning of new and re-emerging threats. CDC can play a major role in helping to develop the WHO Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) into the backbone of this global "network of networks"—a network that will verify disease surveillance reports from national and regional sources and coordinate international outbreak responses. CDC's International Emerging Infections Programs (IEIPs) are part of this strategy. Currently established in Thailand since 2002, with implementation in Kenya anticipated for early 2004, the IEIP sites are designed to strengthen national public health capacity and provide hands-on training in laboratory science, epidemiology, and public health administration. These centers are a partnership between the ministries of health and CDC, with additional partners that include one or more local universities, medical



research institutes, Field Epidemiology Training Programs, and U.S. military laboratories. The sites also maintain close ties with WHO Country and Regional offices.

Domestically, CDC works with other federal agencies, state and local health departments, and other partners to strengthen our nation's capacity to recognize and respond to challenges posed by emerging infectious diseases and the threat of bioterrorism. As part of this effort, CDC provides assistance to state and eligible local public health agencies through cooperative agreements designed to strengthen public health infrastructure for responding to infectious diseases. A major component of this effort has been the establishment of the Laboratory Response Network, or LRN. The LRN is an extensive partnership among an expansive range of biologic and chemical laboratories across the United States, which provide rapid and critical response to address both naturally occurring and intentional infectious disease outbreaks. Currently, the LRN comprises more than 110 laboratories. Two other major cooperative agreements are the Epidemiology and Laboratory Capacity for Infectious Diseases (ELC) program and the Emerging Infections Programs (EIP). The ELC program, implemented in all 50 states, 6 major cities, and Puerto Rico, focuses on notifiable diseases; foodborne, waterborne, and vectorborne diseases; vaccine-preventable illnesses; and drug-resistant infections. Strengthening collaboration between laboratory and epidemiologic activities is a crucial component of this program. The EIP is a population-based network of CDC and state health departments working with collaborating public and private health organizations to combine specialized epidemiologic and laboratory expertise that will allow them to expand beyond the functions of local health departments. Currently, the EIP network is

now in place in 11 locations around the country. In many instances, these programs have significantly improved our ability to respond to infectious disease emergencies.

Another important recommendation in the 2003 IOM report calls for the establishment of interdisciplinary infectious disease centers. These programs would enable experts from various disciplines to work together to address microbial threats to health. They would also facilitate the development of a highly trained and diverse workforce to address the complex problems posed by infectious diseases. Towards this end, CDC has joined with the National Institutes of Health and other federal agencies that support extramural research in biodefense and emerging infectious diseases. CDC's new program emphasizes opportunities for innovative research in surveillance and detection, environmental sampling, and prophylaxis and treatment, with the goal of strengthening preparedness and response for both bioterrorist events and naturally occurring infectious disease outbreaks.

### **SARS: A Global Outbreak**

As you are acutely aware, in early 2003, cases of what would later be called SARS began to be reported from several countries in Asia. This new disease, designated SARS by WHO, spread globally in a matter of weeks producing devastating effects on health as well as far-reaching social and economic consequences.

While SARS presented and continues to present major challenges, it also serves as an excellent illustration of the extraordinary efforts and intense spirit of collaboration among



the international clinical, scientific, and public health communities to combat a global epidemic. WHO's coordination of the global response provided an opportunity for CDC to participate in providing international assistance and sharing of critical information that helped to minimize the spread of SARS and rapidly identify the causative agent.

Domestically, CDC's response to the outbreak was coordinated through the new Marcus Emergency Operations Center, which facilitated widespread participation by more than 800 individuals throughout the agency. During the early months of the outbreak, CDC staff, as well as expert consultants, met multiple times daily to share new information and coordinate response efforts. Several individuals from Health Canada were invaluable participants in these meetings. CDC's response also involved the formation of topic-specific response teams that enabled researchers to rapidly obtain, assess, and share large amounts of information about the illness. Rapid dissemination of this information was facilitated through CDC's web site, regular press conferences, and global videoconferences as well as regular communications and teleconferences with state epidemiology and laboratory personnel and with clinicians, virologists, the academic community, and professional organizations and groups, such as the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Because of these response efforts, existing collaborations have been strengthened and new ones formed both nationally and globally, including new liaisons with the transportation industry and airline unions.

In the United States, we have been lucky; no deaths have been attributed to SARS. State and local health departments reported a total of 344 suspect and 74 probable cases to

CDC. These numbers would subsequently be revised following a change in the U.S. SARS case definition which allowed for exclusion of cases whose convalescent serum specimens tested negative for evidence of SARS-associated coronavirus (SARS-CoV) infection. This change was recommended in mid July by the Council of State and Territorial Epidemiologists, in consultation with CDC, and is based on scientific data which indicate that more than 95% of SARS patients mount a detectable antibody response in convalescent serum. Exclusion of these SARS CoV-negative cases provides a more accurate indication of the magnitude of the epidemic in the United States. On July 18, CDC revised the laboratory criteria in the SARS case definition to require that convalescent serum specimens be collected more than more than 28 days after illness onset. The revised total of SARS cases in the United States through October 21, 2003, is 137 suspect and 27 probable, including 8 confirmed.

### **Lessons Learned**

Since reporting of new cases has slowed, CDC and other global and domestic partners are taking the opportunity to assess lessons learned from the outbreak and response and to develop and enhance response plans for future SARS epidemics. In reflecting on the spread of this new disease and the international response to it, there are many lessons that can be applied to emerging infectious diseases in the future. Key among these is the importance of strong national and international partnerships. The response to the outbreak of SARS demonstrated the crucial importance of global cooperation to monitor the spread of new and dangerous diseases, whether naturally occurring or intentionally spread. As CDC director Dr. Julie Gerberding has said, the SARS epidemic was



characterized by global expansion, but our response to it was characterized by global collaboration.

Another important lesson learned is the need for strengthened collaborations among the epidemiology, clinical, laboratory, veterinary, and public health communities. The most sophisticated detection and response systems available will work only when staffed by astute individuals who are in communication with their partners in other disciplines. We have also become increasingly aware of the importance of preparedness planning for infectious disease outbreaks, including proactive communications with decision makers, healthcare providers, the public, and the media; training for healthcare workers and state and local responders; and on-going education for clinicians.

### **Preparedness Planning**

We do not know if SARS will reappear, but we must assume that it will. Possible sources of the virus include the original animal reservoir or other SARS-infected animals, unrecognized transmission in humans, persistent infection in humans, or the laboratory. Since other respiratory viruses are seasonal, it is possible that SARS may be more likely to reestablish infection and spread during respiratory virus season: fall, winter, and spring. In preparation, we need to have in place a system that will allow for quick detection of an introduction of SARS while minimizing unnecessary concerns over non-SARS cases.

In June, more than 1,000 individuals highly involved in the worldwide SARS response attended the WHO Global Conference on SARS to review scientific knowledge and lessons learned and to develop priorities for future action. Recommendations were made in several critical areas including epidemiology, surveillance and response coordination, clinical management and diagnosis, reducing transmission in health-care settings, laboratory and environmental issues, and zoonotic disease research. CDC is playing an important role in addressing these recommendations and is assisting WHO in conducting an evaluation of the effectiveness of control measures used by other countries to limit the international and community spread of SARS.

Within the agency, CDC is preparing for the possible return of SARS and the different levels of spread that might be associated with a resurgence of SARS. We are fortunate to be able to incorporate the direct experience of CDC staff who served in areas heavily affected by the SARS epidemic as well as numerous expert international collaborators who successfully battled serious SARS outbreaks in Canada, Vietnam, Hong Kong, Singapore, China, Taiwan, and elsewhere. We have established a SARS Preparedness Committee that includes the following eight working groups: Surveillance, Clinical Management, Preparedness in Healthcare Facilities, Community Response, Laboratory Diagnostics, Information Technology, Communication and Education, and Special Studies. These working groups are preparing for the possible return of SARS with active and ongoing consultation and collaboration with other federal partners, state and local health officials, and professional organizations and societies. The response activities will



be adapted to the level of global and local SARS activity and designed to efficiently and quickly detect introduction of SARS into the United States.

Through these working groups, CDC has developed a draft guidance document, *Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*, that provides a framework and strategies that would guide the United States response to a SARS outbreak and describes many of the activities needed at the federal, state, and local levels to prepare for and respond rapidly and decisively to a reemergence of SARS. The information in the document is based on lessons learned from the 2003 global SARS epidemic and the advice and suggestions of domestic and international public health and healthcare partners. CDC has made the document available in draft form to assist local and state public health and healthcare officials in their preparations for a possible reemergence of SARS during the approaching respiratory disease season and to solicit comments from interested public health partners. The document is currently undergoing external review by partner organizations and other federal agencies and will be updated as necessary to incorporate comments from reviewers and to reflect increased understanding of SARS-CoV transmission dynamics and the availability of improved prevention tools. The document is available at <http://www.cdc.gov/ncidod/sars/sarsprepplan.htm>.

CDC's guidance document presents a strategic framework for communities to plan and prepare for the reappearance of SARS and respond to a SARS outbreak. Directed to U.S. state and local health departments, healthcare facilities, and healthcare personnel, the

document provides strategies, guidance, and tools for SARS preparedness and response. It addresses both the rationale and the strategies for SARS preparedness and response and provides a foundation for the development of more detailed operational plans and procedures for responding to SARS at the local, regional, and national levels. Suggested activities include those needed to prepare for an introduction of SARS, to quickly detect possible SARS cases and clusters, and to prevent and contain the transmission of SARS-associated coronavirus.

The basic strategy used to successfully control the SARS outbreaks worldwide was rapid and decisive surveillance for and containment of suspect and probable cases. The keys to successful implementation of such a strategy are up-to-date information on local, national, and global SARS activity; rapid and effective implementation of control measures; and the resources, organizational and decision-making structure, and trained staff vital to rapid and decisive implementation. Many of the approaches and activities for preparedness and response to SARS are similar or identical to those involved in combating other infectious diseases, such as pandemic influenza and intentionally spread smallpox or plague.

## **Conclusion**

The SARS experience reinforces the importance of global collaboration, global surveillance, and prompt reporting that is linked to adequate and sophisticated diagnostic laboratory capacity. It underscores the need for strong global public health systems, robust health service infrastructures, and expertise that can be mobilized quickly across



national boundaries to mirror disease movements. As CDC develops, disseminates, and implements plans to strengthen the United States' public health capacity to respond to SARS and other emerging global microbial threats in the future, we will continue to build upon the invaluable collaborations we share with Health Canada and our other global partners. We will also continue to strengthen our collaborations with state and local health departments, academic centers and other federal agencies, healthcare providers and healthcare networks, international organizations, and other partners. A strong and flexible public health infrastructure is the best defense against any disease outbreak.

Thank you very much for your attention. I will be happy to answer any questions you may have.



**Témoignage devant le Comité sénatorial  
permanent des affaires sociales, de la  
science et de la technologie  
Sénat du Canada**

**Réponse du CDC aux menaces de maladies  
infectieuses dont un plan d'application en  
cas de syndrome respiratoire aigu sévère  
(SRAS)**

*Exposé de*

**James M. Hughes, M.D.**

*Directeur*

*National Center for Infectious Diseases*

*Centers for Disease Control and Prevention*

*Department of Health and Human Services*



**CENTERS FOR DISEASE™  
CONTROL AND PREVENTION**

**Pour publication lors de la  
livraison prévue le mercredi  
22 octobre 2003 à 9 h**



Bonjour. Permettez-moi de me présenter : James M. Hughes. Je suis médecin et directeur du National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis. Je vous remercie d'avoir invité le CDC à participer aujourd'hui à cette étude sur une question vitale de santé publique : comment renforcer l'infrastructure de la santé publique et réagir à l'éclosion de maladies infectieuses. L'apparition, cette année, du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) constitue un exemple pertinent de l'importance de ce sujet ainsi que de son intérêt direct et immédiat pour nos deux pays.

Malgré les percées modernes, comme les antibiotiques et les vaccins, les maladies infectieuses restent toujours une menace pour la santé mondiale. L'émergence de nouvelles menaces, comme celle de l'encéphalite du Nil occidental, de l'infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine, du syndrome pulmonaire dû à un hantavirus, du SRAS et de la variole du singe constituent des rappels importants de demeurer vigilants dans nos efforts pour résoudre le problème des nouvelles infections. Nos expériences récentes avec le SRAS indiquent clairement que les maladies infectieuses ne tiennent pas compte des frontières et nécessitent une plus grande sensibilisation globale et une coopération étroite entre les partenaires nationaux et internationaux pour obtenir un résultat efficace. La protection de la santé du public constitue la mission nationale du CDC et aujourd'hui je vais vous faire part de notre rôle actuel dans la réponse aux menaces des maladies infectieuses à l'échelle nationale et globale ainsi que de nos activités pour préparer les États-Unis à une récurrence éventuelle du SRAS.

## **Nouvelles menaces microbiennes mondiales**

Depuis 1994, le CDC a déployé des efforts à la grandeur du pays afin de revitaliser notre capacité nationale de protéger le public contre les maladies infectieuses. Nos progrès se poursuivent dans les domaines de la surveillance des maladies et d'une réponse en cas d'éclosion; de la recherche appliquée; de la prévention et du contrôle ainsi que de l'établissement d'infrastructures et de formation. Néanmoins, le SRAS nous fournit une évidence frappante qu'une maladie qui apparaît ou réapparaît n'importe où dans le monde peut se propager rapidement. Il est impossible de protéger de façon satisfaisante la santé de notre nation sans nous occuper du problème des maladies infectieuses qui surviennent en quelque endroit du monde.

En mars 2003, l'Institute of Medicine (IOM) a publié un rapport décrivant le spectre des menaces microbiennes pour la santé nationale et globale, les facteurs qui ont une incidence sur leur apparition ou leur résurgence ainsi que les mesures nécessaires pour y faire face efficacement. Le rapport intitulé *Microbial Threats to Health: Emergence, Detection, and Response*, fait suite au rapport marquant de 1992 de l'IOM *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*, qui rappelait le risque que présentent les maladies infectieuses pour la sécurité nationale et le besoin de reconstruire les infrastructures de santé publique de la nation. Les recommandations du rapport de 1992 ont servi de cadre de travail pour les programmes relatifs aux maladies infectieuses du CDC de la dernière décennie, tant en ce qui a trait aux objectifs qu'aux questions et aux populations ciblées. Même si nous avons accompli beaucoup de progrès,



spécialement dans les domaines du renforcement de la surveillance et de la capacité des laboratoires, il reste beaucoup à faire. Le nouveau rapport presse clairement les États-Unis d'augmenter leur capacité de déceler les menaces microbiennes nationales et globales et de répondre aussi bien à celles qui surviennent de façon naturelle qu'à celles qui sont provoquées, et offre des recommandations pour des mesures spécifiques en matière de santé publique pour répondre à ces besoins. Le Comité a reçu un résumé du nouveau rapport de l'IOM ainsi que des copies des stratégies courantes du CDC pour prévenir les maladies infectieuses émergentes.

Le rapport de l'IOM présente une vaste gamme de recommandations en vue de contrer de nouvelles menaces microbiennes pour la santé. Parmi celles-ci, les recommandations clés concernent le besoin d'augmenter la surveillance globale et la capacité d'intervention en cas de menace de maladies infectieuses. Le rapport recommande un système de surveillance détaillé des maladies infectieuses à l'échelle globale et plus d'efforts pour rendre disponibles les réactifs de diagnostic en laboratoire requis pour la surveillance globale ainsi que des transferts de technologies entre les nations. Le CDC intensifie sa collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires pour créer un réseau global complet afin de déceler et enrayer les éclosions locales avant qu'elles n'atteignent le stade de la pandémie à l'échelle mondiale. Un objectif important de ce travail consiste à développer et étendre les réseaux de surveillance des nouvelles maladies à l'échelon régional à des nations moins développées. Au cours des années à venir, ces réseaux peuvent s'étendre, interagir et devenir les composantes de base d'un « réseau de réseaux » à l'échelle mondiale qui surveillerait les maladies prioritaires d'intérêt global (comme la grippe

pandémique, les maladies résistantes aux médicaments et les maladies causées par des agents biologiques) et ferait part rapidement des menaces nouvelles ou récurrentes. Le CDC peut jouer un rôle important pour aider à développer le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS comme réseau de base de ce « réseau de réseaux » global—un réseau qui vérifiera les rapports de surveillance de maladies provenant de sources nationales et régionales et coordonnera l'intervention internationale en cas d'épidémie. Les programmes internationaux sur les nouvelles infections (PINI) du CDC font partie de cette stratégie. Actuellement implantés en Thaïlande depuis 2002, et prévus au Kenya au début de 2004, les établissements de PINI sont conçus pour renforcer la capacité nationale en matière de santé publique et fournir une formation pratique en science de laboratoire, en épidémiologie et en administration de la santé publique. Ces centres sont un partenariat entre les ministères de la santé et le CDC, avec des partenariats additionnels comprenant une ou plusieurs universités locales, des instituts de recherches médicales, des programmes de formation en épidémiologie d'intervention et des laboratoires militaires américains. Ces établissements maintiennent également des liens étroits avec les pays membres de l'OMS et les bureaux régionaux.

Au niveau national, le CDC travaille avec d'autres agences fédérales, services sanitaires d'État et locaux et d'autres partenaires en vue d'améliorer la capacité de notre nation à reconnaître les défis que posent les nouvelles maladies infectieuses et la menace du bioterrorisme et à y répondre. Dans le cadre de cette initiative, le CDC fournit de l'aide aux agences de santé publique d'État et aux agences locales admissibles par le biais d'accord de coopération visant à renforcer les infrastructures de la santé publique pour



intervenir en cas de maladies infectieuses. Une composante importante de cette initiative a consisté en la création du Laboratory Response Network, ou LRN. Le LRN consiste en un large partenariat entre une vaste gamme de laboratoires de biologie et de chimie à la grandeur des États-Unis qui fournissent des moyens d'intervention rapide et vitale pour contrer l'éclosion de maladies infectieuses survenues naturellement ou provoquées. À l'heure actuelle, le LRN comprend plus de 110 laboratoires. Il existe deux autres accords de coopération importants : le programme appelé Epidemiology and Laboratory Capacity for Infectious Diseases (ELC) et les Emerging Infections Programs (EIP). Le ELC, mis sur pied dans les 50 États, dans 6 grandes villes et à Puerto Rico, met l'accent sur les maladies à déclaration obligatoire; les maladies d'origine alimentaire, transmises par l'eau ou des vecteurs; les maladies pouvant être prévenues par un vaccin et les infections résistantes aux médicaments. Une plus grande coopération entre les laboratoires en matière d'activités épidémiologiques est une composante essentielle de ce programme. Le EIP est un réseau communautaire du CDC et des services de santé des États qui travaille avec des organisations publiques et privées afin de réunir l'expertise en épidémiologie et celle des laboratoires qui leur permettra d'aller au-delà des fonctions habituelles des services de santé locaux. À l'heure actuelle, le réseau de l'EIP est en place dans 11 endroits du pays. Dans plusieurs cas, ces programmes ont nettement amélioré notre capacité d'intervenir en cas d'urgences dues à des maladies infectieuses.

Une autre recommandation importante du rapport de l'IOM de 2003 concerne l'établissement de centres interdisciplinaires des maladies infectieuses. Ces programmes permettraient à des spécialistes de disciplines variées de travailler ensemble au règlement

de la menace microbienne pour la santé. Ils favoriseraient également le développement d'une main-d'œuvre diversifiée et hautement qualifiée pour régler les problèmes complexes que posent les maladies infectieuses. À cette fin, le CDC s'est joint aux National Institutes of Health et à d'autres agences fédérales qui subventionnent la recherche extra-muros en biodéfense et en maladies infectieuses émergentes. Le nouveau programme du CDC insiste sur les occasions de recherche novatrice en surveillance, dépistage, échantillonnage de l'environnement ainsi qu'en prophylaxie et traitement, avec comme objectif de renforcer l'état de préparation et les mesures d'intervention en cas d'actes bioterroristes et d'éclosion de maladies infectieuses survenues naturellement.

### **Le SRAS : une épidémie à l'échelle mondiale**

Comme vous le savez très bien, au début de 2003, des cas de ce que nous allions appeler plus tard le SRAS ont été signalés dans plusieurs pays d'Asie. Cette nouvelle maladie, que l'OMS a appelé SRAS, s'est répandue mondialement en seulement quelques semaines en ayant des effets dévastateurs sur la santé et des conséquences sociales et économiques importantes.

Même si le SRAS a présenté et continue de présenter un défi de taille, il permet aussi de très bien témoigner des efforts gigantesques et de l'intense esprit de coopération entre les milieux cliniques, scientifiques et de santé publique pour combattre une épidémie à l'échelle mondiale. La coordination de l'intervention globale par l'OMS a fourni une occasion pour le CDC de participer à la fourniture d'une aide internationale et au partage



d'informations cruciales qui ont aidé à limiter la propagation du SRAS et à identifier rapidement l'agent responsable.

Au niveau national, l'intervention du CDC pour maîtriser l'épidémie a été coordonnée par le biais du nouveau Marcus Emergency Operations Center, qui a facilité la participation de plus de 800 personnes dans toute l'agence. Au cours des premiers mois de l'éclosion de la maladie, le personnel du CDC, ainsi que des experts consultants, se sont réunis plusieurs fois par jour pour partager les nouvelles informations et coordonner les initiatives d'intervention. Plusieurs représentants de Santé Canada ont apporté une participation inestimable lors de ces réunions. L'intervention du CDC a aussi comporté la formation d'équipes d'intervention dans des domaines spécifiques qui ont permis aux chercheurs d'obtenir rapidement, d'évaluer et de partager de nombreux renseignements sur la maladie. La diffusion rapide de cette information a été facilitée par le site Web du CDC, par des conférences de presse régulières et des vidéoconférences à l'échelle mondiale ainsi que par des communications régulières et des téléconférences avec le personnel de l'épidémiologie et des laboratoires des États ainsi qu'avec les cliniciens, les virologistes, le milieu universitaire et les organisations et groupes de professionnels, comme le Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Grâce à ces efforts, la coopération déjà existante a été renforcée et de nouvelles initiatives ont vu le jour à l'échelle nationale et globale, dont de nouveaux liens avec les syndicats de l'industrie du transport et des compagnies aériennes.

Aux États-Unis, nous avons été chanceux, car aucun décès n'a été attribué au SRAS. Les services de santé des États et les services locaux ont signalé au CDC un total de 344 cas suspects et 74 cas probables. Ces chiffres devaient par la suite être révisés en raison d'un changement dans la définition du SRAS aux États-Unis qui permettait l'exclusion des cas dont les échantillons sériques en période de convalescence ne révélaient pas la présence d'une infection à coronaravirus associée au SRAS. Ce changement a été recommandé à la mi-juillet par le conseil des épidémiologistes d'État et des territoires, en consultation avec le CDC, et se fonde sur des données scientifiques qui indiquent que plus de 95 % des malades atteints de SRAS présentent une réponse anticorps décelable dans le sérum des convalescents. L'exclusion de ces cas négatifs d'infection à coronaravirus associée au SRAS donne une indication plus précise de l'ampleur de l'épidémie aux États-Unis. Le 18 juillet, le CDC a révisé les critères de laboratoire dans la définition de cas de SRAS pour exiger que les échantillons sériques des convalescents soient prélevés plus de 28 jours après le commencement de la maladie. Le total révisé des cas de SRAS aux États-Unis jusqu'au 21 octobre 2003 est de 137 cas suspects et de 27 cas probables, dont 8 cas confirmés.

### **Leçons tirées**

Étant donné que le signalement de nouveaux cas a ralenti, le CDC et ses autres partenaires mondiaux et locaux profitent de l'occasion pour évaluer les leçons que l'on peut tirer de l'épidémie et de l'intervention qui a eu lieu afin d'élaborer et d'améliorer les plans d'intervention dans le cas d'épidémies futures de SRAS. Si on réfléchit sur la propagation de cette nouvelle maladie et de la réaction internationale qu'elle a suscitée,



plusieurs leçons pourront être appliquées aux maladies infectieuses émergentes à l'avenir dont, principalement, l'importance de solides partenariats nationaux et internationaux. La réponse à l'épidémie de SRAS a démontré l'importance vitale de la coopération globale pour surveiller la propagation de maladies nouvelles et dangereuses, que celles-ci surviennent naturellement ou qu'elles soient provoquées. Comme l'a précisé le directeur du CDC, le docteur Julie Gerberding, l'épidémie de SRAS s'est caractérisée par une dissémination globale, mais notre réaction à celle-ci s'est caractérisée par une collaboration globale.

Une autre leçon importante qu'on a tirée se rapporte au besoin de renforcer la coopération entre les milieux épidémiologique, clinique, expérimental, vétérinaire et de santé publique. Les systèmes de détection et d'intervention disponibles les plus avancés ne fonctionneront que lorsque des individus sagaces en communication avec leurs partenaires d'autres disciplines les feront fonctionner. Nous sommes de plus en plus sensibilisés à l'importance d'un plan de préparation en cas d'éclosion de maladies infectieuses comportant des communications proactives avec les décideurs, les fournisseurs de soins de santé, le public et les médias; une formation des travailleurs des travailleurs de la santé, les intervenants d'État et locaux et une éducation permanente pour les cliniciens.

### **Planification de la préparation**

Nous ne savons pas si le SRAS reviendra, mais nous devons supposer que oui. Les sources possibles du virus comprennent le réservoir animal original ou d'autres animaux

infectés au SRAS, une transmission inconnue chez l'homme, une infection persistante chez l'homme ou en laboratoire. Étant donné que d'autres virus respiratoires sont saisonniers, il est possible que le SRAS puisse réapparaître et se propager durant les saisons des virus respiratoires, soit l'automne, l'hiver et le printemps. Pour nous y préparer, nous devons disposer d'un système qui permette une détection rapide de l'apparition du SRAS tout en limitant les préoccupations inutiles pour les cas qui ne sont pas des cas de SRAS.

En juin, plus d'un millier de personnes très actives dans le domaine de l'intervention à l'échelle mondiale en matière de SRAS ont assisté au congrès mondial sur le SRAS de l'OMS pour passer en revue les connaissances scientifiques et les leçons qui en découlent et pour définir des priorités en vue d'une action future. Des recommandations ont été faites dans plusieurs domaines vitaux dont l'épidémiologie, la surveillance et la coordination de l'intervention, la conduite clinique et le diagnostic, la réduction de la transmission dans les milieux de soins de santé, les questions de laboratoire et environnementales, ainsi que la recherche sur les zoonoses. Le CDC joue un rôle important dans la mise en pratique de ces recommandations et aide l'OMS à évaluer l'efficacité des mesures de contrôle adoptées par d'autres pays afin d'enrayer la propagation du SRAS à l'échelle internationale et locale.

Au sein de l'agence, le CDC se prépare à un retour éventuel du SRAS ainsi qu'aux différents niveaux de propagation qui pourraient être associés à une résurgence de la maladie. Nous sommes chanceux de pouvoir profiter de l'expérience directe du personnel



du CDC qui a été actif dans des régions touchées par l'épidémie de SRAS ainsi que de spécialistes internationaux qui ont offert leur coopération et qui ont combattu avec succès de graves épidémies de SRAS au Canada, au Vietnam, à Hong Kong, à Singapour, en Chine, à Taïwan et ailleurs. Nous avons créé un comité de préparation au SRAS comprenant les huit groupes de travail suivant : surveillance, conduite clinique, préparation dans des établissements de soins de santé, intervention communautaire, diagnostic de laboratoire, technologie de l'information, communication et éducation et études spéciales. Ces groupes de travail se préparent à un retour éventuel du SRAS par le biais d'une consultation et d'une coopération actives et continues avec d'autres partenaires fédéraux, des représentants de la santé au niveau de l'État et au niveau local ainsi qu'avec des associations et des organisations professionnelles. Les activités d'intervention seront adaptées au niveau global et local et conçues pour déceler efficacement et rapidement l'apparition du SRAS aux États-Unis.

Grâce à ces groupes de travail, le CDC a préparé un document préliminaire d'orientation, *Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*, qui fournit un cadre de travail et des stratégies qui guideraient les États-Unis en cas d'épidémie de SRAS et qui décrit les nombreuses activités requises aux niveaux fédéral, de l'État et local pour répondre et intervenir rapidement et avec fermeté en cas de résurgence du SRAS. L'information contenue dans le document se fonde sur les leçons tirées de l'épidémie globale de SRAS survenue en 2003 et sur les conseils et recommandations des partenaires nationaux et internationaux du milieu de la santé publique et des soins de santé. Le CDC a rendu le document

disponible sous sa forme préliminaire afin d'aider les fonctionnaires du milieu de la santé publique locaux et de l'État en cas de résurgence éventuelle du SRAS au cours de la prochaine saison des maladies respiratoires et pour solliciter les commentaires des partenaires concernés du milieu de la santé publique. Le document est actuellement en cours de révision externe par des organisations associées et d'autres agences fédérales et sera mis à jour au besoin pour tenir compte des commentaires des réviseurs et refléter une meilleure compréhension de la dynamique de la transmission du coronaravirus associé au SRAS et de la disponibilité d'outils de prévention améliorés Le document est disponible à <http://www.cdc.gov/ncidod/sars/sarsprepplan.htm>.

Le document d'orientation du CDC constitue un cadre de travail stratégique qui aidera les collectivités à planifier, se préparer à une réapparition du SRAS et à intervenir en cas d'épidémie. Destiné aux départements de santé d'État et locaux américains, aux établissements de soins de santé et à leur personnel, le document fournit des stratégies, des conseils et des outils pour se préparer et intervenir en cas de SRAS. Il traite des raisons d'être ainsi que des stratégies de la préparation et de l'intervention en cas de SRAS et fournit les bases pour l'élaboration de plans opérationnels et de marches à suivre plus détaillées pour intervenir en cas de SRAS aux niveaux local, régional et national. Les activités proposées comprennent celles qui sont requises pour se préparer à l'apparition du SRAS, pour déceler rapidement les cas éventuels ou groupes de cas de SRAS, et pour prévenir et enrayer la transmission du coronaravirus associé au SRAS.



La stratégie de base utilisée pour contrer l'éclosion du SRAS à l'échelle mondiale a consisté en une surveillance rapide et décisive et l'isolement des cas suspects ou probables. Le point important d'une mise en œuvre efficace d'une telle stratégie consiste à se tenir à jour dans l'information sur les activités locales, nationales et globales en matière de SRAS; une mise en œuvre rapide et efficace de mesures de contrôle; et une structure en matière de ressources, d'organisation et de prise de décisions, et une formation du personnel essentielle à une mise en œuvre rapide et décisive. Un bon nombre des approches et des activités relatives à la préparation et à l'intervention en cas de SRAS sont similaires ou identiques à celles qui visent à combattre d'autres maladies infectieuses, comme la grippe pandémique et la dissémination provoquée de la variole et de la peste.

## **Conclusion**

L'expérience du SRAS souligne l'importance d'une coopération et d'une surveillance globales ainsi que d'un signalement rapide de la maladie associés à une capacité de laboratoire adéquate et de haute technicité. Elle souligne également le besoin de solides systèmes de santé publique à l'échelle mondiale, de robustes infrastructures de services de santé et d'une expertise qui peut être mobilisée rapidement au-delà des frontières nationales pour refléter les mouvements de la maladie. Tout en établissant, en rendant disponibles et en mettant en œuvre des plans pour renforcer la capacité des États-Unis en matière de santé publique d'intervenir en cas de SRAS et d'autres menaces microbiennes émergentes à l'échelle globale, nous allons continuer à compter sur la coopération inestimable de Santé Canada et d'autres partenaires du monde entier. Nous allons

également continuer à resserrer notre coopération avec les départements de santé au niveau de l'État et aux niveaux locaux, les centres d'études et autres agences fédérales, avec les fournisseurs et les réseaux de soins de santé, avec les organisations internationales et d'autres partenaires. Une infrastructure de santé solide et souple constitue la meilleure défense contre n'importe quelle éclosion d'une maladie.

Merci beaucoup pour votre attention. Je suis maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESS

*From the U.S. Centers for Disease Control and Prevention*  
*(By video conference):*

Dr. James Hughes, Director, National Center for Infectious  
Diseases.

#### TÉMOIN

*Du U.S. Centers for Disease Control and Prevention*  
*(par vidéoconférence):*

Le Dr James Hughes, directeur, Centre national d'épidém  
infectieuses.



Available from:  
Communication Canada – Canadian Government Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9  
Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

En vente:  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9  
Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>



26  
351



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, October 23, 2003

---

Issue No. 25

**First and last meeting on:**

Bill S-3, An Act to amend the National Anthem  
to include all Canadians

---

**INCLUDING:**

THE THIRTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(Bill S-3)

---

**WITNESSES:**  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 23 octobre 2003

---

Fascicule n° 25

**Première et dernière réunion concernant:**

Le projet de loi S-3, Loi modifiant la Loi sur l'hymne  
national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes

---

**Y COMPRIS:**

LE TREIZIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Projet de loi S-3)

---

**TÉMOINS:**  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Léger
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

*\*Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)



**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, June 10, 2003:

The question then being put on the motion of the Honourable Senator Poy, seconded by the Honourable Senator Banks, for the second reading of Bill S-3, it was adopted on division.

The Bill was then read the second time, on division.

The Honourable Senator Poy moved, seconded by the Honourable Senator Pépin, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

**ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 10 juin 2003:

La motion de l'honorable sénateur Poy, appuyée par l'honorable sénateur Banks, tendant à la deuxième lecture du projet de loi S-3, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois, avec dissidence.

L'honorable sénateur Poy propose, appuyée par l'honorable sénateur Pépin, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul Bélisle

*Clerk of the Senate*

## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA Thursday October 23, 2003  
(37)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:08 p.m. this day, in room 256-S, Centre Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, P.C., Kirby, Robertson (6).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Kristen Douglas

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 10, 2003, the committee began its study on the Bill S-3, An Act to amend the National Anthem Act to include all Canadians.

### WITNESSES:

*From the Senate of Canada:*

The Honourable Senator Vivienne Poy;

Carole Reichert, Researcher, Office of the Honourable Senator Vivienne Poy.

*As an individual:*

Helmut Kallmann, Former Music Librarian.

*From the Famous 5 Foundation:*

Frances Wright, President;

Jeanne d'Arc Sharp, Member.

*From the National Council of Women of Canada:*

Catharine Laidlaw-Sly, President.

*From the Dominion Institute:*

Rudyard Griffiths, Executive Director.

Senator Vivienne Poy made a presentation and answered questions.

Frances Wright, Jeanne d'Arc Sharp, Catharine Laidlaw-Sly and Helmut Kallmann each made a presentation.

France Wright, Helmut Kallmann and Catharine Laidlaw-Sly answered questions.

At 12:19 p.m., the committee recessed.

At 12:26 p.m., the committee resumed.

Rudyard Griffiths made a presentation and answered questions.

The Honourable Senator Callbeck moved — That the committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill S-3, An Act to amend the National Anthem Act to include all Canadians and;

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 23 octobre 2003  
(37)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 08, dans la salle 256-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, c.p., Kirby et Robertson (6).

*Aussi présente:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Kristen Douglas.

*Également présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 10 juin 2003, le comité entreprend son étude du projet de loi S-3, Loi modifiant la Loi sur l'hymne national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes.

### TÉMOINS:

*Du Sénat du Canada:*

L'honorable sénateur Vivienne Poy;

Carole Reichert, recherchiste, bureau de l'honorable sénateur Vivienne Poy.

*À titre personnel:*

Helmut Kallmann, ancien musicothécaire.

*De la Fondation Famous 5:*

Frances Wright, présidente;

Jeanne d'Arc Sharp, membre.

*Du Conseil national des femmes du Canada:*

Catharine Laidlaw-Sly, présidente.

*Du Dominion Institute:*

Rudyard Griffiths, directeur exécutif.

Le sénateur Vivienne Poy fait une déclaration puis répond aux questions.

Frances Wright, Jeanne d'Arc Sharp, Catharine Laidlaw-Sly et Helmut Kallmann font chacun une déclaration.

Frances Wright, Helmut Kallmann et Catharine Laidlaw-Sly répondent aux questions.

À 12 h 19, le comité interrompt sa séance.

À 12 h 26, le comité reprend ses travaux.

Rudyard Griffiths fait une déclaration puis répond aux questions.

L'honorable sénateur Callbeck propose — Que le comité saute l'étude article par article du projet de loi S-3, Loi modifiant la Loi sur l'hymne national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes et;



That the Chair report the bill without amendments today.

Que le président fasse rapport aujourd'hui du projet de loi sans amendement.

The question being put on the motion, it was adopted.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

At 12:41 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 12 h 41, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTEST:*

*ATTESTÉ:*

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

**REPORT OF THE COMMITTEE**

Thursday, October 23, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

**THIRTEENTH REPORT**

Your committee, to which was referred Bill S-3, *An Act to amend the National Anthem Act to include all Canadians*, has, in obedience to the Order of Reference of Tuesday, June 10, 2003, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

*Le président,*

MICHAEL KIRBY

*Chair*

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le jeudi 23 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

**TREIZIÈME RAPPORT**

Votre Comité, auquel a été déferé le Projet de loi S-3, *Loi modifiant la Loi sur l'hymne national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes*, a, conformément à l'ordre de renvoi du mardi 10 juin 2003, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,



**EVIDENCE**

OTTAWA, Thursday, October 23, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-3, to amend the National Anthem Act to include all Canadians, met this day at 11:08 a.m. to give consideration to the bill.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we are here to consider Bill S-3, which is Senator Poy's private member's bill to amend the National Anthem Act. We have a several witnesses this morning, so let us try to use our time efficiently. The Canadian Legion, who was invited to appear, has sent a letter, which at some point I will read into the record.

Our first witness is the sponsor of the bill, Senator Poy.

**The Honourable Vivienne Poy:** Thank you, Senator Kirby.

Bill S-3 proposes that the English lyrics of the anthem be amended by replacing the words "all thy sons command" with the words "all of us command." No change to the French lyrics is proposed.

This bill is co-sponsored by Senator Tommy Banks, a noted musician from Alberta.

I should like to begin by discussing the history of Bill S-3. I spoke in an inquiry in the Senate in February 2001 in which I pointed out the omission of women and girls in the lyrics "in all thy sons command" in our national anthem. As a result of this inquiry and the unprecedented media attention surrounding it, there was an outpouring of support for amending the national anthem to include women and girls with words that would be more inclusive. I should like to table some of the letters I received from the public in support of an amendment.

Following this, a petition was launched on Parliament Hill by Ms. Frances Wright and Ms. Jeanne d'Arc Sharp, both of whom are here day, and the ad hoc committee of the Famous 5 Foundation in July 2001. Since then, 3,026 signatures have been collected on these petitions, which I should like to table here today. Many senators and individuals also expressed their support to me personally.

I will speak to the reasons for the proposed legislation. Despite this unprecedented level of support for an initiative and all the people encouraging me to go forward with legislation, I might not have felt compelled to introduce legislation in the Senate, had it not been for a number of factors.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le jeudi 23 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi S-3, Loi modifiant la Loi sur l'hymne national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes, se réunit aujourd'hui, à 11 h 08, pour en faire l'examen.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Chers collègues, nous sommes réunis pour examiner le projet de loi S-3, un projet de loi d'intérêt public présenté par le sénateur Poy et visant à modifier la Loi sur l'hymne national. Nous avons plusieurs témoins à entendre, ce matin. Essayons d'utiliser le temps dont nous disposons le plus efficacement possible. La Légion canadienne, qui a été invitée à témoigner, nous a envoyé une lettre dont je vais vous faire lecture officielle plus tard.

Notre premier témoin est le parrain du projet de loi, soit le sénateur Poy.

**L'honorable Vivienne Poy:** Sénateur Kirby, je vous remercie.

Le projet de loi S-3 propose que les paroles de l'hymne national, en anglais, soient modifiées en remplaçant les mots «all thy sons command», par les mots «all of us command». Aucun changement n'est envisagé dans la version française.

Je parraine le projet de loi à l'étude de concert avec le sénateur Tommy Banks, un distingué musicien de l'Alberta.

J'aimerais comme point de départ vous parler de l'historique du projet de loi S-3. Dans le cadre d'une interpellation au Sénat en février 2001, j'ai pris la parole pour faire remarquer que les femmes et les jeunes filles étaient absentes de notre hymne national, qui parle uniquement de tous ses fils. À la suite de cette interpellation et de l'attention médiatique sans précédent qui l'a entourée, des appuis se sont manifestés de toutes parts en faveur de modifier l'hymne national de manière à y inclure les femmes et les jeunes filles en utilisant des mots plus inclusifs. J'aimerais déposer certaines lettres que j'ai reçues du grand public en faveur de l'amendement.

Ensuite, en juillet 2001, Mme Frances Wright et Mme Jeanne d'Arc Sharp, toutes deux présentes dans la salle aujourd'hui, ainsi que le comité ad hoc de la Fondation Famous 5, ont mis en circulation sur la colline parlementaire une pétition. Depuis lors, ils ont recueilli 3 026 signatures, et j'aimerais déposer les pétitions ici aujourd'hui. De nombreux sénateurs, entre autres, m'ont également manifesté personnellement leur appui.

J'aimerais parler des raisons qui m'ont amenée à déposer le projet de loi. En dépit du niveau sans précédent d'appuis dont jouit l'initiative et de toutes les personnes qui m'encouragent à aller de l'avant, je ne me serais peut-être pas sentie obligée de déposer le projet de loi au Sénat, n'eût été plusieurs facteurs.

First, at the time the national anthem was being debated in the House of Commons in 1980, all three House leaders agreed to facilitate the adoption of the bill by limiting the debate during second reading to one speaker for each party and by not proposing any amendments to the English version of the national anthem. This sense of urgency around the passage of the National Anthem Act stemmed from the collective unease about the state of the country's unity as a result of the referendum in Quebec in May of the same year. As such, the federal government felt it was necessary to shore up national symbols that would bind the country together. The act was passed with little input from Canadians. Nevertheless, House leaders recognized that amendments were necessary in the English text and agreed to have amendments dealt with by way of private members' bills that would be referred to a special committee at the following session of Parliament. This procedure was never put in action.

In keeping with this commitment, six private members' bills have been introduced in the other place since 1984 that call for an amendment to the words "in all thy sons command," to make it more inclusive of women. However, none of these bills has ever made it to committee.

Clearly, this amendment should have been made, in keeping with the leaders' commitment in 1980. Now, Bill S-3 is an attempt to ensure that this commitment is fulfilled.

Second, as Senator Beaudoin has so ardently argued in the chamber, this amendment would ensure that the national anthem is in keeping with the principle of equality rights between the sexes, as guaranteed in section 28 of the Charter of Rights and Freedoms, which came into effect in 1982, reflecting the participation of women in Canadian society.

Third, I discovered that, contrary to all available sources, including Canadian Heritage, the original wording of *O Canada*, in 1908, from the National Archives, did not contain the words "true patriot love in all thy sons command." Instead, in 1908, the words of *O Canada* read as "True patriot love thou dost in us command." Canadian Heritage has now corrected the information on its Web site. Honourable senators, I should like to table this document, which shows the first copyrighted version of *O Canada* by sir Robert Stanley Weir.

Fourth, there was a precedent for changing a national song. In Australia, a country similar to Canada, *Advance Australia Fair* was changed to make it more inclusive. The committee that examined the words of their national song in the early 1980s replaced, "Australian sons let us rejoice" with "Australians all let us rejoice," before it was proclaimed officially as their national anthem in 1984.

Fifth, with regard to Bill S-3, music historians and linguists have been consulted to determine that this amendment to replace the words "in all thy sons command" with "in all of us command" is both musically and linguistically sound.

Tout d'abord, lors du débat sur l'hymne national à la Chambre des communes, en 1980, les trois leaders de la Chambre se sont entendus pour faciliter l'adoption du projet de loi en limitant le débat à l'étape de la deuxième lecture à un seul intervenant par parti et en ne proposant pas de modification à la version anglaise de l'hymne national. Le sentiment d'urgence qui caractérisait l'adoption de la Loi sur l'hymne national venait du malaise collectif qui entourait l'unité nationale à la suite du référendum tenu au Québec en mai de la même année. C'est pourquoi le gouvernement fédéral estimait nécessaire de renforcer les symboles nationaux qui faisaient l'unité du pays. La loi a été adoptée avec très peu de participation de la part des Canadiens. Néanmoins, les leaders de la Chambre ont reconnu qu'il était nécessaire d'apporter des modifications au texte anglais et ont convenu de le faire au moyen d'un projet de loi d'intérêt public qui serait renvoyé à un comité spécial lors de la session suivante du Parlement. Cela ne s'est jamais fait.

Conformément à cet engagement, six projets de loi d'intérêt privé ont été déposés dans l'autre endroit depuis 1984 en vue de modifier l'expression «in all thy sons command» de manière à y inclure les femmes. Toutefois, aucun de ces projets de loi n'a jamais été renvoyé à un comité.

Manifestement, l'amendement à l'étude aurait dû être fait pour tenir l'engagement pris par les leaders en 1980. Le projet de loi S-3 est une tentative en vue de respecter cet engagement.

Ensuite, comme l'a soutenu si énergiquement le sénateur Beaudoin à la Chambre, l'amendement à l'étude ferait en sorte que l'hymne national respecte le principe de l'égalité des droits pour les deux sexes, tel que garanti à l'article 28 de la Charte des droits et des libertés entrée en vigueur en 1982, de manière à refléter la place des femmes dans la société canadienne.

Ensuite, j'ai découvert que, contrairement à toutes les sources connues, y compris à Patrimoine canadien, le texte original du *Ô Canada* de 1908, qui est conservé aux Archives nationales, n'incluait pas l'expression «True patriot love in all thy sons command». La version de 1908 dit plutôt: «True patriot love thou dost in us command». Patrimoine canadien vient de corriger l'information sur son site Web. Chers collègues, j'aimerais déposer le document que voici, soit la première version d'*Ô Canada* protégée par des droits d'auteur, de sir Robert Stanley Weir.

Quatrième point, il existe un précédent où un hymne national a été modifié. En Australie, pays avec lequel le Canada a beaucoup d'affinités, *Advance Australia Fair* a été modifié de manière à le rendre plus inclusif. Le comité qui a examiné les paroles de l'hymne national au début des années 80 a remplacé l'expression «Australians sons let us rejoice» par «Australian all let us rejoice», avant de le désigner officiellement comme son hymne national en 1984.

Cinquième point, pour ce qui est du projet de loi S-3 comme tel, des musicologues et des linguistes ont été consultés pour savoir si l'amendement proposé visant à remplacer l'expression «in all thy sons command» par «in all of us command» était valable à la fois sur le plan musical et sur le plan linguistique.



On the history of Bill S-3, one year after the initial inquiry, in February 2002, I introduced and delivered the second reading speech on Bill S-39, but this bill died as a result of prorogation of Parliament. When the present session of Parliament opened, I immediately reintroduced the bill, which is now known as Bill S-3. I thank all the senators who have spoken on both Bills S-3 and S-39, both for and against this amendment. It is important to have a debate on the symbols of our country. I note that the debate has been passionate.

I shall now address the concerns about Bill S-3. Obviously, there are concerns about this amendment because we all have an attachment to our national anthem and thus have strong feelings about it. I hope I can address some of the concerns that have been expressed.

The first concern is that it is not possible to amend the anthem because it is our tradition. However, Sir Robert Stanley Weir amended the song *O Canada* a number of times. There were many different versions of *O Canada* in circulation throughout the 20th century. The committee that met to examine the national anthem in 1967 also altered nine words of the anthem. I am proposing to change only two words.

Therefore, the tradition of the national anthem, such as it is, dates back to 1980. Indeed, if one wants to stay with tradition, one should go back to the truly original version of the national anthem of 1908, which contained the word "us" instead of "sons."

The second concern is that this is about political correctness. Well, it is not. There are many words that used to be used that are no longer acceptable in Canadian society. The Canadian Press style guide dictates inclusive language. Even *Star Trek* has changed its opening to "where no one has gone before." Many churches offer alternative versions in their hymnals that are inclusive of women. The United Church declares, in its guidelines, that inclusive language is important because "language both reflects and shapes our world....the use of inclusive language is thus a justice issue and cannot be dismissed as a passing fashion or a concern of a radical few." The New International Version of the bible has been altered to make its language more inclusive of women. Indeed, if Sir Robert Stanley Weir used inclusive language in the original wording of *O Canada*, why should we deem the proposed amendment politically correct? Inclusive wording dates back to 1908.

The third concern is that the amendment shows disrespect for men who fought in wars. I am afraid I am thoroughly confused by this argument. Is going to war the only way to show patriotism? This amendment does not take away any recognition for men. It would do that if it were to read "in all thy daughters command." An amendment to the word "us" merely includes all the women who were also involved in the war effort in innumerable ways. What about the women who helped on the home front in the factories, the women pilots who delivered

Quant à l'historique du projet de loi S-3, un an après l'interpellation initiale, en février 2002, j'ai déposé le projet de loi S-39 et prononcé le discours à l'étape de la deuxième lecture, mais le projet de loi est mort au *Feuilleton* lorsque le Parlement a été prorogé. Dès le début de l'actuelle session, j'ai immédiatement redéposé le projet de loi, sous le numéro S-3. Je remercie tous les sénateurs qui ont pris la parole au sujet des projets de loi S-3 et S-39, tant leurs partisans que leurs détracteurs. Il importait d'avoir un débat sur nos symboles nationaux. Je remarque qu'il a été passionné.

Passons maintenant aux préoccupations que soulève le projet de loi S-3. De toute évidence, l'amendement proposé inquiète parce que nous sommes tous attachés à notre hymne national et qu'il est donc source de vives émotions. J'espère pouvoir dissiper certaines des inquiétudes exprimées.

Ainsi, on a dit qu'il était impossible de modifier l'hymne national parce qu'il était passé dans la tradition. Toutefois, sir Robert Stanley Weir a modifié plusieurs fois le *Ô Canada*. De nombreuses versions différentes ont eu cours tout au long du XX<sup>e</sup> siècle. Le comité qui s'est réuni pour examiner l'hymne national en 1967 a également changé neuf mots du texte. Je propose de n'en changer que deux.

Par conséquent, l'hymne national traditionnel date de 1980. En fait, si l'on tient vraiment à respecter la tradition, il faudrait remonter jusqu'à la version authentique de 1908 où il est question justement de «us» plutôt que de «sons».

On craint aussi que le changement ne soit envisagé par souci de rectitude politique. Je peux vous affirmer avec certitude que ce n'est pas le cas. De nombreux mots qui avaient cours auparavant ne sont plus acceptables dans la société canadienne. Le guide stylistique de la Presse canadienne impose l'emploi de mots inclusifs. Même l'émission *Star Trek* a changé les mots que l'on entend au début: «Where no one has gone before». De nombreuses églises offrent d'autres versions de leurs hymnes qui incluent les femmes. L'Église unie déclare, dans ses lignes directrices, que le langage inclusif est important parce qu'il reflète le monde dans lequel nous vivons et le façonne... L'emploi de mots inclusifs est donc une question de justice. On ne peut le rejeter comme étant une mode passagère ou la préoccupation de quelques radicaux. La nouvelle version internationale de la Bible a été modifiée de manière à faire davantage place aux femmes. De fait, si sir Robert Stanley Weir a employé des mots inclusifs dans la version originale de *Ô Canada*, pourquoi supposer que l'amendement projeté est proposé par souci de rectitude politique? Ces mots étaient déjà utilisés en 1908.

On craint aussi, par cet amendement, de manquer de respect envers nos anciens combattants. J'avoue ne pas du tout comprendre cet argument. Combattre est-il le seul moyen de faire preuve de patriotisme? L'amendement à l'étude ne diminue en rien notre reconnaissance de la contribution de ces hommes. Ce serait le cas s'il proposait «in all thy daughters command». L'amendement substituant le mot «us» inclut simplement toutes les femmes qui ont aussi participé à l'effort de guerre, de nombreuses façons. Que fait-on des femmes qui ont fait leur part

planes to the men in the air force, those who worked as nurses serving in the front lines? I am sure we all know how important women's contributions have been during war.

Mr. Stuart Lindop, a veteran of World War II, passionately argues as follows:

As a veteran, a volunteer, wounded in action liberating Holland, I am very well aware of the tremendous contribution made by women to Canada's war effort in the Armed Forces, in industry, and on the home front. The women who are members of our Canadian Armed Forces must find a certain irony when they sing our national anthem, especially the fourth sentence, "True patriot love in all thy sons command." Women are implicitly excluded from recognition.

Another veteran, Donald Jackson, wrote:

I am in my 80<sup>th</sup> year and I am a veteran of World War 2. It has bothered me for some time that the words to our national anthem "True patriot love in all thy sons command" would seem to exclude women. I feel that this part of the Anthem should read: "True patriot love in all of us command." A simple change but it would include all Canadians, not just the men of Canada."

The fourth concern is that it will open the anthem to endless changes. It will not. I am not proposing changes to the French version of the national anthem, nor to the reference to God, nor to the word "native." The intent of this bill is simply to update the anthem so that it is more reflective of our society today, as well as inclusive of more than 50 per cent of our population.

Why is this a positive amendment? I should like to table a document with a number of quotes from leading figures in the media, in academia, in women's studies and in government who have voiced their support for this change. If you permit me, I shall read a few quotes from this document. The Honourable Mitchell Sharp, who has a long history with the Government of Canada, wrote:

I write to congratulate you for your decision to introduce legislation that will replace the word "sons" appearing in the national anthem in the phrase "true patriot love in all thy sons command," by a word that has the effect of including both sexes.

Dr. Lorna Marsden, who some of you may remember from her days in the Senate, now president of York University, wrote:

Congratulations on your Bill introduced to change the wording of the National Anthem back to its original non-sexist form — your arguments based on the original 1908 version of the wording are indisputable.

au pays en travaillant dans les usines, des femmes pilotes qui ont livré les appareils aux hommes de l'armée de l'air, de celles qui ont travaillé comme infirmières au front? Nous savons tous, j'en suis sûre, à quel point la contribution des femmes a été importante durant la guerre.

M. Stuart Lindop, ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale, soutient avec passion ce qui suit:

En tant qu'ancien combattant, que bénévole blessé au front durant la libération de la Hollande, je suis très conscient de l'énorme contribution des femmes à l'effort de guerre canadien au sein des Forces armées, au sein de l'industrie et au front intérieur. Les femmes qui font partie des Forces armées canadiennes, lorsqu'elles chantent notre hymne national, doivent y voir une certaine ironie, surtout là où il est question de «True patriot love in all thy sons command». En effet, les femmes en sont implicitement exclues.

Un autre ancien combattant, Donald Jackson, a écrit:

J'en suis à ma 80<sup>e</sup> année et je suis un ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale. Voilà quelque temps déjà que les mots de notre hymne national «True patriot love in all thy sons command», qui semblent exclure les femmes, me mettent mal à l'aise. Selon moi, il faudrait lire, dans cette partie de notre hymne: «True patriot love in all of us command». Par ce simple changement, on inclurait tous les Canadiens, non seulement les hommes du Canada».

Par ailleurs, on craint aussi d'ouvrir la porte à des changements à n'en plus finir dans l'hymne national. Ce n'est pas le cas. Je ne propose pas de changement à la version française de l'hymne national, pas plus que je ne propose de retirer la mention de Dieu ou de la terre de nos aïeux. Le projet de loi à l'étude a simplement pour objet de rafraîchir l'hymne national de manière à ce qu'il témoigne davantage de notre société actuelle, y compris de la moitié de sa population.

En quoi l'amendement est-il positif? J'aimerais déposer un document qui réunit plusieurs citations de personnalités des médias, des milieux universitaires, du cercle des études de la condition féminine et du gouvernement qui ont marqué leur appui au changement. Avec votre permission, je vais vous en lire quelques passages. L'honorable Mitchell Sharp, dont les liens avec le gouvernement du Canada sont bien connus, a écrit:

Par la présente, je vous félicite d'avoir décidé de déposer un projet de loi visant à remplacer le mot «sons», dans l'expression «True patriot love in all thy sons command» de l'hymne national, par un mot qui a pour effet d'inclure les deux sexes.

Mme Lorna Marsden, un sénateur dont certains d'entre vous se souviennent peut-être et actuel recteur de l'Université York, a écrit:

Félicitations pour votre projet de loi visant à changer les paroles de l'hymne national de manière à revenir à la version originale non sexiste — vos arguments s'appuyant sur la version originale de 1908 sont incontestables.



I also received a letter of support from Dr. Robert Birgeneau, president of the University of Toronto, who said:

I congratulate you on taking the initiative in this very important matter of equity in one of the most powerful expressions of our Canadian identity — our national anthem.

Mr. Peter Trueman, well known from his days as a news anchor on Global Television, wrote:

In my view the words “true patriot love in all thy sons command” should be replaced by the words “true patriot love in all of us command.”

Women’s organizations and women’s studies groups also endorse this amendment. The United Church, in keeping with its policy of inclusive language in its hymnals, also passed a motion that supported this amendment.

This amendment is also for future generations of girls and boys studying in school today. It represents a real commitment to equality in the words of our most important song.

Consider Catherine Clark’s editorial in *The Toronto Star*, when, as an impressionable 14 year old, she realized that she was not included in the anthem. I quote:

What struck my young mind that particular Canada Day was the lyric “in all thy sons command,” and the fact that our anthem didn’t refer to me, or to anyone of my gender.

The YWCA of Canada, which works actively with girls across the country, has written to say that they see a need for change in the anthem to reflect the aspirations of girls.

Consider the school children who sing this anthem. A number of teachers have also taken up the cause. In 1993, Judith Olson, a music teacher in Ontario, launched the *O Canada* fairness committee after having numerous students wonder about the implicit exclusion in the words “in all thy sons command.”

I have received numerous letters from fathers and husbands who feel uncomfortable with the wording of the anthem and asked that it be changed. I represent many Canadian voices in being here today.

A national anthem should belong to its people and should be a way for people to express their pride in their country. It is part of our identity. When, in 1980, the National Anthem Act was passed without consideration of important issues such as the wording “thy sons,” Canadians did not have a chance to have their say. As I stated before, the National Anthem Act was passed through the House of Commons and the Senate in one day, on June 27, 1980, with the House leaders limiting the debate to one speaker for each party with the promise that all bills proposing amendments such as the words “sons” would be considered by a special committee. Because this never happened, no committee had a chance to hear

J’ai également reçu une lettre d’appui de M. Robert Birgeneau, président de l’Université de Toronto, qui écrit:

Je vous félicite d’avoir pris l’initiative au sujet de cette très importante question d’équité dans une des expressions les plus puissantes de notre identité canadienne — notre hymne national.

M. Peter Trueman, un ancien présentateur de nouvelles bien connu de la chaîne Global Television, a écrit:

À mon avis, l’expression «True patriot love in all thy sons command» devrait être remplacée par l’expression «True patriot love in all of us command».

Des organisations de femmes et des groupes d’étude de la condition féminine appuient également la modification proposée. L’Église unie, en conformité avec sa politique d’emploi de mots inclusifs dans les hymnes, a également adopté une motion à l’appui de l’amendement.

L’amendement à l’étude concerne également les générations futures de jeunes filles et de jeunes hommes actuellement aux études. Il représente un véritable engagement à l’égard de l’égalité dans les paroles de notre plus important hymne.

J’en veux pour preuve l’éditorial de Catherine Clark, dans le *Toronto Star*, qui, en tant qu’adolescente influençable de 14 ans, s’est rendu compte qu’elle n’était pas incluse dans l’hymne. Je cite:

Les paroles «in all thy sons command» et le fait que notre hymne n’incluait ni moi, ni les autres membres de mon sexe, m’ont frappée, ce Jour du Canada en particulier.

Le YWCA du Canada, qui travaille activement auprès des jeunes filles du pays, a écrit pour dire qu’il constate le besoin de changer l’hymne national de manière à refléter les aspirations des jeunes filles.

Pensez à ces écoliers qui chantent l’hymne national. Plusieurs enseignants ont également épousé la cause. En 1993, Judith Olson, qui enseigne la musique en Ontario, a lancé le comité pour l’équité du *O Canada* après avoir entendu plusieurs étudiants s’interroger sur l’exclusion implicite dans les mots «in all thy sons command».

J’ai reçu plusieurs lettres de pères et d’époux que les paroles de l’hymne mettent mal à l’aise et qui demandent qu’elles soient changées. Je parle au nom de nombreux Canadiens aujourd’hui.

L’hymne national devrait appartenir au peuple et représenter pour lui un moyen d’exprimer sa fierté. Il fait partie de son identité. Quand, en 1980, la Loi sur l’hymne national a été adoptée sans s’arrêter à des questions importantes comme l’expression «thy sons», les Canadiens n’ont pas eu voix au chapitre. Comme je l’ai déjà dit, la Loi sur l’hymne national a été adoptée par la Chambre des communes et le Sénat en une seule journée, le 27 juin 1980, les leaders de la Chambre limitant le débat à un seul intervenant par parti et promettant que tous les projets de loi visant à modifier la loi, par exemple à remplacer les mots «sons», seraient examinés par un comité spécial. Comme

witnesses from the public to examine the National Anthem Act of 1980. No presenters were invited to appear, and even MPs and senators were limited in their input.

On June 27, 1980, the then secretary of state and minister of communications, Francis Fox, who brought the bill forward, acknowledged that "many would like to see the words 'sons' and 'native land' replaced to better reflect the reality of Canada." He continued:

I believe all members are sympathetic to these concerns. I would therefore like to assure honourable members that in the course of the next session the government would be willing to see the subject matter of private member's bill on this question.

Ed Broadbent, former leader of the NDP stated:

I want to say that in this context that part of the understanding expressed by the minister in introducing the subject today is that a committee will be struck during the next session to deal with some important changes to the wording.

In particular, Ed Broadbent referred to an amendment to the word "sons."

This procedure was never put in place, and so the people's representatives were not permitted to express their misgivings due to the closure of debate. Misgivings were also expressed in the Senate, and the bill only passed under the assumption that a committee would be struck to consider amendments to make it more reflective of Canada.

Since 1980, almost all of the private members' bills suggesting amendments to the anthem have addressed the word "sons." Now we have an anthem that excludes half the school children sitting in classrooms. Its wording contradicts the message that teachers everywhere are proposing — that girls and boys are equal in ability, capacity, and in service to their country. We need to correct this situation for the future of Canada.

Consider the women in our military today who stand proudly ready to fight for Canada and consider the women who supported the war effort so ably in the past. Think of the women athletes who have gained great acclaim in the Olympics and think of the women immigrants who thought they had arrived in a country of equal opportunities.

Honourable senators, when *O Canada* is played to proud acclaim, it is meant to inspire. Let it inspire all Canadians.

**Senator Fairbairn:** Thank you, Mr. Chair, and thank you very much, Senator Poy. You have taken a very courageous step in putting this forward. I know that it has been a long process.

There are several things I should like to say before I ask my question. I am glad to see Frances Wright today. We come from a province still very close to its frontier, and we have been brought

cela ne s'est jamais produit, les membres du grand public n'ont jamais pu donner leur opinion dans le cadre d'une étude de la Loi sur l'hymne national de 1980. Personne n'a été invité à faire un exposé, et même la participation des députés et des sénateurs a été limitée.

Le 27 juin 1980, le secrétaire d'État et ministre des Communications d'alors, Francis Fox, qui avait déposé le projet de loi, a reconnu que bien des gens aimeraient que soient remplacés les mots «sons» et «native land» de manière à mieux témoigner de la réalité du Canada. Il a ajouté:

Tous les députés semblent, je crois, être en sympathie avec ces préoccupations. J'aimerais donc donner à mes collègues l'assurance qu'au cours de la prochaine session, le gouvernement sera disposé à examiner un projet de loi d'intérêt public à cet égard.

Ed Broadbent, alors chef du NPD, a déclaré:

Je tiens à dire, dans ce contexte, qu'une partie de l'entente décrite par le ministre lorsqu'il a présenté le sujet aujourd'hui est qu'un comité sera formé durant la prochaine session pour traiter de certains changements importants aux paroles de l'hymne national.

Ed Broadbent a tout particulièrement parlé de changer le mot «sons».

Le comité n'a jamais été formé, de sorte que les porte-parole des Canadiens et des Canadiennes n'ont pas pu exprimer leurs réticences, puisque le débat était clos. Des réticences ont également été exprimées au Sénat, et le projet de loi n'a été adopté que parce qu'on supposait au départ qu'un comité serait formé pour étudier des modifications qui le rendraient plus conforme à la réalité canadienne.

Depuis 1980, presque tous les projets de loi d'intérêt public visant à modifier l'hymne national ont porté sur le mot «sons». Notre hymne qui exclut la moitié des écoliers. Ces paroles contredisent le message que véhiculent les enseignants partout — que les jeunes filles et les jeunes hommes ont les mêmes capacités et les mêmes compétences et qu'ils rendent les mêmes services à leur pays. Il faut redresser la situation. Il en va de l'avenir du Canada.

Vous êtes-vous demandés ce que pensent les femmes qui font actuellement partie de nos forces et qui sont prêtes à combattre avec fierté pour leur pays, ainsi que les femmes qui ont appuyé l'effort de guerre avec tant de compétence dans le passé? Qu'en est-il des femmes athlètes qui ont été si acclamées aux Olympiques et des immigrantes qui croyaient être arrivées dans un pays offrant des chances égales?

Honorables sénateurs, quand le *Ô Canada* est entonné avec fierté, c'est pour inspirer. Laissons-le inspirer tous les Canadiens.

**Le sénateur Fairbairn:** Merci, monsieur le président, et merci beaucoup, sénateur Poy. Votre initiative est très courageuse. Je sais que ce fut un long processus.

Il y a plusieurs observations que j'aimerais faire avant de poser ma question. Je suis heureuse de voir Frances Wright ici aujourd'hui. Nous venons d'une province qui est encore proche



up by mothers and families that have encouraged us, sometimes even when they really did not want to, to step up and join in equal partnership with all of our colleagues.

This is not a case in my view of political correctness. It is not a case of any kind of prejudice. It is a case of omission.

In my area of southern Alberta, we sing the national anthem non-stop; we love to sing it. I am proud to be an Honorary Colonel of the 18<sup>th</sup> Air Defence Regiment. When we have medal ceremonies, we sing the national anthem, and I look at the soldiers, men and women, standing in front of me who have come back from Bosnia and are suffering quietly from some of their encounters while doing their jobs. It is difficult to look at those women while singing the words of our anthem.

However, before any of that, I would confess to the committee, and to one and all, that this issue has bothered me since about grade 3. It was during a time of war and I could not understand why we were singing that song. My young schoolmates and I were somehow on the sidelines of our national anthem.

Obviously, I support what you are doing, Senator Poy. You have listed a great number of important people who have responded to your effort positively. I wonder, Senator Poy, have you heard from young people? Have you heard from children in the process of promoting this and getting the message out?

**Senator Poy:** All the responses that I remember are from parents. The YWCA represents the children, but I do not remember receiving letters from the children, with the exception of parents or adults who have said that the issue has bothered them for a very long time or teachers who have said that children ask why they are not part of this anthem. The teachers communicated that to me on behalf of the children.

**Senator Callbeck:** Senator, I certainly commend you for bringing forward this proposed legislation. I know it has taken a long time and I thank you for sticking with it. I support it for the obvious reasons that you have mentioned.

With any piece of proposed legislation, there is always a great deal of concern expressed, as there has been with this. You have made reference to those concerns and you have adequately covered them.

I have one thing that I want to ask you about. The title of the proposed legislation is "An act to amend the National Anthem Act to include all Canadians." Some people say that there should be other changes made to that title. For example, "native land" excludes landed immigrants. Other issues have arisen from other wording, as well. I should like to have your comment on that.

**Senator Poy:** Actually, the public has asked me those questions as well. I have received many other suggestions, but I am not making changes to the other words. You specifically mention "native land." In the existing anthem, the word "native" in the phrase "our home and native land" usually means born here. Many Canadians are born here; immigrants choose Canada as their home. I look at Canada as a home I have chosen, but it is the

de ses origines, et nous avons été élevées par des mères et dans des familles qui nous ont encouragées, parfois même à contre-cœur, à prendre part à l'action d'égal à égal avec tous nos collègues.

À mon avis, ce n'est pas une question de rectitude politique ou de préjugé. C'est une question d'oubli.

Dans le sud de l'Alberta, d'où je viens, nous chantons l'hymne national sans arrêt; nous aimons le faire. Je suis fière d'être colonel honoraire du 18<sup>e</sup> régiment d'artillerie antiaérienne. Quand nous remettons des médailles, nous entonnons l'hymne national et, en face de moi, se trouvent des soldats, des hommes et des femmes, qui reviennent de Bosnie et souffrent en silence de ce qu'ils ont vécu là-bas dans l'exercice de leurs fonctions. Il est difficile de regarder ces femmes en prononçant les paroles de notre hymne national.

Je dois d'abord avouer au comité et à tout le monde que cette question me préoccupe depuis ma 3<sup>e</sup> année. À l'époque, on était en période de guerre, et je ne pouvais pas comprendre pourquoi nous chantions cette chanson. L'hymne national était loin de mes préoccupations et de celles des autres élèves de ma classe.

J'approuve évidemment ce que vous faites, sénateur Poy. Vous avez énuméré beaucoup de gens importants qui ont réagi favorablement à votre initiative. Avez-vous entendu la réaction des jeunes, quand vous avez fait valoir et expliqué votre point de vue?

**Le sénateur Poy:** Toutes les réactions dont je me souviens sont celles des parents. Le YWCA représente les enfants, mais je ne me rappelle pas avoir reçu de lettres de leur part, sauf que des parents ou des adultes m'ont dit que la situation les gênait depuis très longtemps, et des enseignants m'ont signalé que des enfants leur ont demandé pourquoi il n'était pas question d'eux dans notre hymne national. Les enseignants m'ont fait part de cette préoccupation au nom de leurs élèves.

**Le sénateur Callbeck:** Sénateur, je vous félicite d'avoir présenté ce projet de loi, bien sûr. Je sais que la préparation a été longue et je vous remercie d'avoir tenu bon. Je l'approuve pour les raisons évidentes que vous avez indiquées.

Il y a toujours beaucoup d'inquiétudes qui sont exprimées quand un projet de loi est présenté, et il y en a eu aussi pour le vôtre. Vous les avez relevées et y avez bien répondu.

J'aurais une question à vous poser. Le projet de loi a pour titre: «Loi modifiant la Loi sur l'hymne national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes». Des gens sont d'avis qu'il faudrait changer d'autres paroles pour englober tout le monde. Par exemple, les mots «native land» excluent les immigrants reçus. D'autres paroles soulèvent des objections. J'aimerais avoir votre avis là-dessus.

**Le sénateur Poy:** En fait, les gens m'ont posé des questions à ce sujet. J'ai reçu beaucoup d'autres suggestions, mais je ne propose pas de changer d'autres paroles. Vous avez soulevé la question de «native land». Dans le texte actuel, le mot «native» dans l'expression «our home and native land» fait référence au pays où on est né, à notre pays natal. Beaucoup de Canadiens sont nés ici; les immigrants choisissent de faire du Canada leur patrie. Je

native land of my children. In that way, it includes everyone. I do not have a problem with that. If it bothers other people, they will need to deal with it.

**Senator Callbeck:** I have also heard about "God save our land." The word "God" is exclusive to some religions.

**Senator Poy:** I do not think it is. In response to those people who have asked me to take out that word, I say that God is just a superior being. Everyone has his or her own God, if indeed the individual believes in a superior being. A small percentage of Canadians do not believe in anything, but most of us do. It depends what we call that God. It could be a God for a Muslim, a Hindu or a Christian. "God" to me means "a superior being." I do not have any trouble with that.

**Senator Callbeck:** Thank you, and congratulations.

**Senator Cordy:** I should also like to join with my colleagues in congratulating you on the tremendous amount of work that you have done. The documentation that you provided earlier was so detailed that it helped me to make my decision. I am also in support of your bill.

I am a member of the Standing Senate Committee on National Security and Defence. Like Senator Fairbairn, I have travelled to military bases from the East Coast to the West Coast, and I have made it a point, as the only female on the committee, to seek to talk to female members of the military. The women and the men of our military are doing such an extraordinary job that I do not like to see women excluded when we are singing our national anthem. As a former elementary school teacher, I noted your comments on the fact that teachers are always trying to teach and promote equality of the sexes.

In your comments this morning, I was struck by the knowledge that the National Anthem Act was passed in 1980 and there was a promise of a committee to consider possible amendments at the time. Did you say that such a committee was never struck to look at that?

**Senator Poy:** That is right. I read through the *Debates of the House of Commons*, the *Debates of the Senate* and the history of the passage of the bill. The promise was made, but the moment the bill was passed the promise was dropped.

Subsequently, when MPs proposed private members' bills in the House of Commons, it just never got a chance. That was it. As an historian, I research thoroughly. I always want to get to the bottom of things. That was how we found all these facts of what truly happened and why the national anthem is worded the way it is. In 1980, we rushed to pass the National Anthem Act, in order to show unity in the country. It was only possible because the leaders promised the House of Commons and the Senate that the wording would be amended after; but it never happened.

Now is the time to fulfil that commitment.

considère le Canada comme la patrie que j'ai choisie, mais le pays natal de mes enfants. D'une certaine façon, on englobe tout le monde. Cela ne me pose pas de problème. Ce sera aux gens que cela dérange de s'en occuper.

**Le sénateur Callbeck:** J'ai aussi entendu dire, à propos de «God save our land», ou Dieu garde notre patrie, que le mot «Dieu» exclut certaines religions.

**Le sénateur Poy:** Je ne trouve pas. À ceux qui m'ont demandé d'enlever le mot Dieu, je réponds qu'il désigne seulement un être supérieur. Tous ceux qui croient en un être supérieur ont leur propre dieu. Une faible proportion de Canadiens ne croient en rien, mais la plupart d'entre nous croient. Ce dieu s'appelle différemment pour un musulman, un hindou ou un chrétien. Il reste que «Dieu» désigne un «être supérieur». Cela ne me pose pas de problème.

**Le sénateur Callbeck:** Merci et félicitations.

**Le sénateur Cordy:** J'aimerais moi aussi me joindre à mes collègues pour vous féliciter de l'énorme travail que vous avez accompli. Les informations que vous nous avez fournies tout à l'heure sont tellement détaillées qu'elles m'ont aidée à prendre ma décision. J'approuve moi aussi votre projet de loi.

Je suis membre du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. Comme le sénateur Fairbairn, j'ai visité des bases militaires d'un bout à l'autre du pays, et je me suis fait un point d'honneur, comme je suis la seule femme au sein du comité, de chercher à m'adresser aux membres féminins des Forces armées. La contribution de nos militaires, hommes et femmes, est tellement extraordinaire que je n'aime pas que notre hymne national exclue les femmes. Vous avez dit que les enseignants essaient toujours de faire la promotion de l'égalité des sexes, et j'ai remarqué vos propos ayant moi-même déjà enseigné aux élèves du primaire.

J'ai été frappée d'apprendre dans ce que vous nous avez dit ce matin que la Loi sur l'hymne national a été adoptée en 1980 et qu'un comité avait alors promis d'examiner la possibilité d'y apporter des modifications. Avez-vous dit qu'aucun comité n'avait été formé pour l'examiner?

**Le sénateur Poy:** C'est exact. J'ai lu, dans les *Débats de la Chambre des communes* et dans les *Débats du Sénat*, les travaux qui ont entouré l'adoption du projet de loi. C'est ce qu'on avait promis, mais une fois le projet de loi adopté, la promesse n'a pas été tenue.

Par la suite, tous les projets de loi d'initiative parlementaire présentés par des députés à la Chambre des communes n'ont jamais eu de succès. C'est ce qui s'est arrivé. En tant qu'historienne, j'ai fouillé la question. J'aime toujours aller au fond des choses. C'est ainsi que nous avons découvert ce qui s'était vraiment passé et pourquoi le texte de l'hymne national est ce qu'il est. En 1980, nous avons adopté la Loi sur l'hymne national à la hâte pour montrer l'unité du pays. On a réussi à le faire adopter seulement parce que les dirigeants ont promis à la Chambre des communes et au Sénat que le texte serait modifié par la suite, mais il ne l'a jamais été.

Le moment est maintenant venu d'honorer la promesse faite.



**Senator Cordy:** You spoke to the historical aspect of the anthem. One of the concerns that I had when weighing the bill, although I certainly thought that the premise behind it was excellent, was whether this was an historical document. I wondered whether we would be changing the wording of an historical document. In fact, I discovered that the historical document uses the words that you are proposing.

**Senator Poy:** Yes, it uses the word “us.”

**Senator Cordy:** It is all-inclusive. The historical document was changed to the word “sons.” Thank you for your hard work.

**The Chairman:** I will ask the next sets of witnesses to come forward as a panel. We will hear from Mr. Kallmann, Ms. Wright, Ms. Sharp and Ms. Laidlaw-Sly.

I would ask the witnesses to make a brief opening statement. At the conclusion of all statement, we will then put questions to you collectively, which is the way we frequently do it. I will begin with Ms. Wright.

**Ms. Frances Wright, President, Famous 5 Foundation:** The Famous 5 Foundation is thrilled to participate in the restoration of the national anthem. Once again, thank you, honourable senators, for supporting and hosting the Famous 5 on Parliament Hill so that they can inspire others, all of us, to be nation builders. They would not have been here unless some of you had taken a leadership role. Key amongst you was Senator Fairbairn, Senator Poy for her generosity, and people such as yourself, Mr. Chair, and Senator Callbeck.

It is appropriate that we are gathered here today, five days after the 74th anniversary of the *Persons* case to talk about a word, a symbol — and the power that resides within it to bring us together or to split us apart. By reinstating the initial intent of the lyricist, Judge Stanley Weir, you will allow all of us to commit to the building of Canada simply by singing our anthem.

The Famous 5 Foundation was founded in 1996 to celebrate the seventieth anniversary of the *Persons* case, and also to recognize and encourage women’s leadership, together with the good-hearted men of Canada. At all Famous 5 events, we sing *O Canada*. In the spring of 1997, an outstanding professor from the University of Calgary by the name of Dr. Betty Donaldson approached us to ask us if we could please change the words of the anthem so that it would include both sons and daughters. We were busy, so we said, “Could we deal with this in a couple of years time?”

Then three years ago, we toured the maquette of your monument across Canada to all provincial legislatures, and even here, and were partnered by the Girl Guides of Canada. After almost every presentation, the girls, or their fathers, came up to us and asked how they said, “How can I be part of the national anthem?” or “How can my daughter be part of the national anthem?” What a sense of patriotism is engendered when

**Le sénateur Cordy:** Vous avez parlé de l’aspect historique de notre hymne. Quand j’ai examiné le projet de loi, dont je trouve l’objectif fort louable, je m’étais demandé s’il s’agissait d’un document historique. Je me demandais si nous n’allions pas changer pas le texte d’un document historique. Or, j’ai découvert en fait que le document historique contient les mots que vous proposez.

**Le sénateur Poy:** Oui, il utilise le mot «us».

**Le sénateur Cordy:** Il englobe tout le monde. On l’a remplacé par le mot «sons» dans le document historique. Merci de l’énorme travail que vous avez accompli.

**Le président:** Je vais demander aux prochains groupes de témoins de s’avancer. Nous allons entendre M. Kallmann, Mme Wright, Mme Sharp et Mme Laidlaw-Sly.

Je vais demander aux témoins de faire une brève déclaration. Nous vous poserons des questions une fois que vous aurez tous pris la parole, comme nous le faisons souvent. Je vais demander à Mme Wright de commencer.

**Mme Frances Wright, présidente, Fondation Famous 5:** La Fondation est très heureuse de participer au rétablissement de l’hymne national. Encore une fois, merci, honorables sénateurs d’avoir appuyé et accueilli les cinq femmes célèbres sur la Colline du Parlement pour qu’elles puissent en inspirer d’autres, chacun d’entre nous, à être des bâtisseurs de notre pays. Elles n’y seraient pas sans le rôle de premier plan que certains d’entre vous ont joué, notamment le sénateur Fairbairn, le sénateur Poy, qui a été d’une grande générosité, ainsi que des gens comme vous, monsieur le président et sénateur Callbeck.

Il est de circonstance que nous soyons réunis ici aujourd’hui, cinq jours après le 74<sup>e</sup> anniversaire de l’affaire *personne* pour discuter d’un mot, d’un symbole — et de son pouvoir de nous rassembler ou de nous diviser. En revenant à l’intention première du parolier, le juge Stanley Weir, vous allez nous permettre à tous de participer à l’édification du Canada, simplement en chantant notre hymne national.

La Fondation Famous 5 a été créée en 1996 pour célébrer le 70<sup>e</sup> anniversaire de l’affaire *personne*, et pour reconnaître et encourager l’initiative des femmes, en collaboration avec les hommes de coeur du Canada. À l’occasion de toutes nos activités, nous entonnons le *Ô Canada*. Au printemps de 1997, Mme Betty Donaldson, professeure de renom à l’Université de Calgary, est venue nous demander si nous pouvions faire changer les paroles de l’hymne national pour englober à la fois les hommes et les femmes. Comme nous étions occupées, nous lui avons proposé de le faire dans deux ou trois ans.

Puis, il y a trois ans, nous sommes allées montrer la maquette de notre monument dans toutes les assemblées législatives provinciales du pays, et même ici, en partenariat avec les Guides du Canada. Après presque chaque présentation, les filles, ou leurs pères, venaient nous demander comment ils pouvaient s’identifier à l’hymne national, ou comment leurs filles pouvaient le faire. Chanter *Ô Canada* suscite tout un

we sing *O Canada*. Luckily for us, Senator Poy said, “Yes, I will be your partner and I will champion this cause.” We thank you so much, Senator Poy, and your excellent staff, for bringing to light so many of the pieces that we need today to make this decision.

When our petition was launched in 2001 here on the Hill, we were joined by Jeanne d’Arc Sharp — who will be making a brief presentation as well — and other members of the committee who are with us today. It has been a long process to bring us to where we are today.

Most Canadians believe that the Charter of Rights and Freedoms is one of our best national symbols. That is what we are trying to do today, namely, to bring into harmony our entire national symbols, policies and practices.

All Canadians are actually bonded by other symbols, too. One of them is our currency. All Canadians use our currency, do they not? Next October, in the year 2004, the Bank of Canada and the Government of Canada will launch the new \$50 bill as part of their fabulous new series entitled “Canadian Journeys,” another initiative of the Famous 5 Foundation.

The new \$50 bill will pay tribute to nation builders — but to female nation builders. They have produced a booklet, of which I, unfortunately, have just one copy for you today. However, please set aside October 13, 2004, to come to Calgary to celebrate the ways that Canadian women, together with the good-hearted men, have built this country. The issuing of this bill is the first time Canadian women have been honoured in this way. It will cause the girls and the boys and the women and the men to become more involved — to work, to stand on guard for Canada and to have true patriot love.

In January of next year, Parks Canada will convene a small symposium focusing on women’s history. They are committed to developing new strategies, new venues and new ways to encourage and celebrate the daughters of Canada, so that both male and female nation builders are appreciated.

Because Canada does not have a pledge of allegiance, our anthem becomes doubly important. We not only praise and respect Canada and the people who have built this magnificent country, but we sing our pledge of allegiance — “O Canada, we stand on guard for thee.” We will encourage ourselves and others to be involved in making Canada a better country whenever and wherever any Canadian sings, “True patriot love in all of us command” — new Canadians, old Canadians, young, old, slim, chubby, it does not matter — “in all of us command.”

sentiment patriotique. Heureusement pour nous, le sénateur Poy a accepté de s’associer à nous et de défendre cette cause. Nous vous remercions énormément, vous, sénateur Poy, et votre personnel qualifié, d’avoir retrouvé autant d’informations dont nous avons besoin aujourd’hui pour prendre une décision.

Quand nous avons lancé notre pétition ici sur la colline, en 2001, Jeanne d’Arc Sharp, qui va faire un bref exposé aujourd’hui, s’est jointe à nous ainsi que d’autres membres du comité qui se trouvent ici aujourd’hui. Le processus a été long avant aujourd’hui.

Pour la plupart des Canadiens, la Charte des droits et libertés est l’un de nos symboles nationaux les plus significatifs. Ce que nous cherchons à faire aujourd’hui, entre autres, c’est assurer l’harmonie entre tous nos symboles nationaux, nos politiques et nos pratiques.

D’autres symboles relient aussi l’ensemble des Canadiens, et l’un d’eux est notre monnaie. Tous les Canadiens utilisent notre monnaie, n’est-ce pas? En octobre 2004, la Banque du Canada et le gouvernement du Canada vont lancer le nouveau billet de cinquante dollars qui fera partie de la fabuleuse nouvelle série intitulée «L’épopée canadienne», une autre initiative de la Fondation Famous 5.

Le nouveau billet de cinquante dollars va rendre hommage aux bâtisseurs de notre pays, aux femmes qui l’ont bâti. Une brochure a été produite, dont malheureusement je n’ai qu’un exemplaire à vous montrer aujourd’hui. Réservez tout de même la date du 13 octobre 2004 pour venir à Calgary célébrer ce que les femmes canadiennes, en collaboration avec nos hommes de coeur, ont fait pour bâtir notre pays. C’est la première fois que des femmes canadiennes sont honorées par la mise en circulation d’un billet de banque. Cette initiative va offrir aux filles et aux garçons, aux femmes et aux hommes, l’occasion de s’engager davantage à travailler et à être prêts à tout pour le Canada, véritable objet de notre amour patriotique.

En janvier de l’an prochain, Parcs Canada va organiser un petit colloque ayant pour thème l’histoire des femmes. On veut élaborer de nouvelles stratégies et de nouveaux moyens pour encourager et célébrer les filles du Canada, afin de reconnaître autant les hommes que les femmes qui bâtissent notre nation.

Étant donné que le Canada n’a pas de serment l’allégeance, notre hymne national prend plus d’importance. Nous vouons hommage et respect au Canada et à ceux qui ont bâti notre magnifique pays mais, en plus, nous lui rendons allégeance en chantant «Ô Canada, we stand on guard for thee», nous sommes prêts à tout pour toi. Nous allons nous encourager, nous et d’autres, à faire du Canada un meilleur pays chaque fois que des Canadiens diront «True patriot love in all of us command», objet de l’amour patriotique de nous tous, que ce soit de nouveaux Canadiens ou des Canadiens de longue date, qu’ils soient jeunes, vieux, minces ou grassouillets, peu importe, nous serons tous englobés.



In the spring of 2001, the federal government opened our magnificent national military cemetery. Dominating the cemetery is a grand and glorious official monument — and I believe you have a news clipping of it — that says:

TO THE MEN  
AND WOMEN  
OF CANADA'S  
ARMED FORCES  
WHO HAVE SERVED  
THEIR NATION  
WITH DISTINCTION IN WAR AND IN  
PEACE.

Luckily, Canada spends most of our time in peace.

I have received many letters from women who were WDs — Women's Division — of the RCAF or CWACs of the army, or wrens of the navy and, indeed, a number of the women serving today.

Therefore, so that all our national symbols and policies are consistent and in harmony, please revive the anthem. Make it consistent and true to our history, to our international reputation and to our dreams. This you can do by approving Bill S-3. By reclaiming the initial sentiment, the singing of *O Canada* will position the anthem as the new call to serve our nation for all of us. It will no longer be vague as to who builds Canada, whether one is seven or 70; when we sing *O Canada*, we will all know very clearly. "True patriot love in all of us command," and all of us thank you.

[Translation]

**Ms. Jeanne d'Arc Sharp, Member of the Famous 5 Foundation:**  
Mr. Chairman, greetings to all committee members.

[English]

My congratulations go first to the board of directors of the Famous 5 Foundation, and its president and CEO, Frances Wright. In a document entitled, "Strategic Directions 2000-05," the line under the heading "public awareness" reads as follows: "Implement a plan resulting in the national anthem becoming gender neutral."

Second, my congratulations go to Senator Poy. Senator Poy launched a first inquiry in February 2001, and again in October 2002. Her research uncovered the original 1908 version of *O Canada*. The words read, "True patriot love thou dost in us command."

When Britain is at war, Canada is at war. There is no distinction, said the prime minister, Sir Wilfrid Laurier, in the House of Commons on January 12, 1910. In early August of 1914, when Britain declared war on Germany, the Duke of Connaught,

Au printemps de 2001, le gouvernement fédéral a inauguré notre magnifique cimetière militaire national. Un impressionnant monument y est élevé — et je crois que vous avez une coupure de presse à ce sujet — sur lequel y sont gravés les mots suivants:

AUX HOMMES  
ET FEMMES  
DES FORCES  
ARMÉES DU  
CANADA QUI ONT  
SERVI LEUR NATION  
AVEC DISTINCTION  
EN TEMPS DE  
GUERRE ET DE PAIX

Heureusement, le Canada a vécu surtout des moments de paix.

J'ai reçu de nombreuses lettres de femmes qui ont fait partie de la division féminine, dans l'aviation, l'Armée ou la Marine marchande et de femmes qui font partie des Forces armées aujourd'hui.

Par conséquent, pour harmoniser tous nos symboles nationaux et nos politiques, je vous demande de rétablir notre hymne. Il faut le rendre vraiment conforme à notre histoire, à notre réputation sur la scène internationale et à nos rêves. On peut le faire en adoptant le projet de loi S-3. En ranimant le sentiment initial, nous allons faire du *Ô Canada* un nouvel appel à tous pour servir notre pays. Personne n'aura plus d'idée vague au sujet de ceux qui bâtissent le Canada, qu'on ait 7 ou 70 ans; quand nous chantons *Ô Canada*, nous le saurons tous clairement. «True patriot love in all of us command», et merci à tous.

[Français]

**Mme Jeanne d'Arc Sharp, membre de la Fondation Famous 5:**  
Monsieur le président, salutations distinguées à tous les membres du comité.

[Traduction]

Je tiens d'abord à féliciter le conseil d'administration de la Fondation Famous 5 et sa présidente et directrice générale, Frances Wright. Dans un document sur les orientations stratégiques de 2000-2005, sous le titre de la rubrique «sensibilisation du public», on peut lire que l'objectif est de mettre en oeuvre un plan afin que l'hymne national utilise un langage non sexiste.

J'aimerais ensuite féliciter le sénateur Poy. Elle a lancé un premier appel en février 2001, et un autre en octobre 2002. Elle a découvert dans ses recherches la version originale du *Ô Canada* qui date de 1908 et dans laquelle on peut lire les mots «True patriot love thou dost in us command».

Quand la Grande-Bretagne est en guerre, le Canada l'est aussi. Il n'y a pas de différence, comme l'a dit le premier ministre sir Wilfrid Laurier, à la Chambre des communes le 12 janvier 1910. Au début du mois d'août de 1914, quand la

then Governor General of Canada, spoke of “a great exhibition of genuine patriotism here” — meaning across the Dominion. At that time, His Honour Robert Stanley Weir amended, and then copyrighted, his national song *O Canada* to read, “True patriot love in all thy sons command.” No wonder. From 1914 to 1918, fathers, brothers, sons, were needed on the battlefields by the thousands. Thousands more were needed to replace the heavy casualties.

Although in much smaller numbers, women were there from the beginning: 2,504 nurses in uniform served in the overseas military forces of Canada; 39 of them died in action.

Mr. Chairman, during the years 1914 to 1918, the home front engaged in a tremendous war effort. In addition to sending troops in the first weeks of the war, one cannot forget a law given Royal Assent on September 20, 1917. It was an act to authorize the levying of a war tax on certain incomes. One also remembers the act signed on May 24, 1918, to provide compensation where employees of his Majesty are killed or suffer injuries while performing their duties.

Today, Canadians are still paying income tax, and our male and female soldiers continue to receive compensation for injury or death in a theatre of war. Likewise, for the national anthem, singing “true patriot love in all thy sons command” excludes women, who populate more than 50 per cent of our country, who excel in all fields of endeavour and who serve with gallantry in the military. I have no doubt that in 1908 Judge Weir’s intent in writing his first version of *O Canada* was to include men and women.

I support Bill S-3. Its purpose is to return to the author’s original version by reinstating the word “us” in the lyrics of our national anthem. All Canadians will then sing it with greater enthusiasm.

**Ms. Catharine Laidlaw-Sly, President, National Council of Women of Canada:** The National Council of Women of Canada — NCWC — wishes to thank you for this opportunity to voice our support for Senator Poy’s initiative to amend the English words of our national anthem. Further, we wish to commend her for the research that she has done and the information assembled.

It is worth noting, as has been brought out already, that the original words of our national anthem were inclusive. Departing from our printed text, I should like to point out that NCWC was aware of that fact in 1983 when it spent some time discussing the issue over the course of its business in that year.

NCWC was not satisfied in 1980, generally speaking, with the words adopted. They did express their belief that it was the love of our country and a loyalty to it in both good times and bad, feelings that were not exclusive to the men of the country but could be felt by anyone. They had also become sensitive — and

Grande-Bretagne a déclaré la guerre à l’Allemagne, le duc de Connaught, qui était le gouverneur général du Canada à l’époque, a parlé d’une grande manifestation de vrai patriotisme chez nous, c’est-à-dire dans l’ensemble du pays. C’est à ce moment-là que Son Honneur Robert Stanley Weir a décidé de modifier les paroles du *O Canada* qu’il avait écrites et de les protéger par le droit d’auteur; il a alors écrit «True patriot love in all thy sons command». Ce n’est pas surprenant qu’il l’ait fait puisque de 1914 à 1918, nos pères, nos frères et nos fils ont été appelés sur les champs de bataille par milliers. Des milliers d’autres ont dû aller remplacer tous ceux qui y ont laissé leur vie.

Même si c’est en beaucoup plus petit nombre, les femmes ont participé à l’effort de guerre depuis le début; en effet 2 504 infirmières en uniforme ont servi dans les Forces armées canadiennes à l’étranger et 39 d’entre elles y sont mortes.

Monsieur le président, de 1914 à 1918, l’effort de guerre des civils au pays a été considérable. Des soldats ont été envoyés au cours des premières semaines de la guerre, et on ne peut oublier la loi qui a reçu la sanction royale le 20 septembre 1917 et qui autorisait la perception d’un impôt de guerre sur certains revenus. Le 24 mai 1918, on a aussi adopté une loi assurant une indemnisation dans le cas des employés de Sa Majesté ayant été tués ou blessés dans l’exercice de leurs fonctions.

Aujourd’hui, les Canadiens payent toujours de l’impôt sur le revenu, et une indemnisation est encore versée pour nos soldats masculins et féminins blessés ou tués en territoire de guerre. Les paroles «True patriot love in all thy sons command» de notre hymne national excluent les femmes, qui composent plus de 50 p. 100 de la population de notre pays, qui excellent dans toutes les sphères d’activités et qui ont servi avec bravoure dans les Forces armées. Je suis sûre que, dans sa première version du *O Canada* composée en 1908, le juge Weir avait l’intention d’englober les hommes et les femmes.

J’appuie le projet de loi S-3. Il vise à rétablir le mot «us» dans la version originale de l’hymne national. Les Canadiens entonneront ensuite l’hymne avec plus d’enthousiasme.

**Mme Catherine Laidlaw-Sly, présidente, Conseil national des femmes du Canada:** Le Conseil national des femmes du Canada est heureux d’avoir l’occasion d’appuyer la démarche du sénateur Poy, qui vise à modifier la version anglaise de l’hymne national. Nous tenons à la féliciter pour le travail de recherche qu’elle a effectué.

Il convient de noter, comme d’autres l’ont déjà fait, que les mots utilisés dans la version originale de l’hymne national étaient inclusifs. J’ajouterais que le Conseil était conscient de ce fait en 1983 lorsqu’il s’est penché sur la question, cette année-là.

De manière générale, le Conseil n’était pas satisfait, en 1980, des mots qui avaient été adoptés. Il estimait que l’amour du pays, la loyauté envers celui-ci dans les bons comme dans les mauvais moments, étaient des sentiments que tous pouvaient ressentir, pas uniquement les hommes. Il savait aussi — et vous en avez parlé,



this point has already been raised by your questions, Senator Callbeck — to the fact that perhaps “native” was not an appropriate word, given that so many Canadians had chosen Canada as their home.

In 1983, our national council did have a great deal of discussion. To determine exactly what members felt, the council issued a questionnaire. They did not engage a professional. As you can imagine, when you do an amateur job, you get mixed results. The questionnaire listed choices without first asking the overriding question, “Do you want change? If so, what change?” The question about asking for change came at the end of the questionnaire. The result was that 30 per cent felt that there was no need for change; 48 per cent favoured replacing the words “all thy sons” with “all of us” and just over 25 per cent felt that “all thine own” would be a suitable replacement.

It is very striking that over 64 per cent, almost two thirds of the membership that responded, recommended that “native” should be replaced with the word “cherished.” I thought that was interesting. I was not aware of that until I received the background notes from that year. A resolution was prepared for consideration at the annual general great meeting, but it would seem there was not sufficient agreement at the time to adopt a policy. I should add that this probably was an emergency resolution. A two third majority is needed in order to pass an emergency resolution. Sadly, the issue was not addressed in another year.

Since then, many of our members have continued to use the words “all of us” in preference to the official text. When we discussed the issue last year, it was pointed out to us that, ever since the first United Nations World Conference on the Status of Women, the importance of ensuring that national institutions and symbols — and we see the national anthem as one of our very most important symbols — are inclusive. We are now aware that it is no longer satisfactory to use the English custom that regards the masculine third person as a collective reference to both females and males. We believe that it tends to perpetuate the word image of the male as the more valuable citizen. Women have struggled too long for equal rights to accept the continued use of the masculine gender as a convenient figure of speech. As well, it is time that our girl children should no longer have to accept this rather lame explanation that “sons” really means daughters too. Logically, it should say so if that is what it means. When the topic is raised now, it would appear that changing “all thy sons” is seen as an important and overdue change.

Also, our member who represents us at the United Nations pointed out that in the Beijing Platform for Action, under the heading “Institutional Mechanisms for the Advancement of Women”, article 197 speaks about the need to make changes so that the mechanisms and institutions will act to promote the advancement of women as an integral part of the mainstream and political, economic, social and cultural development.

sénateur Callbeck — que le mot «native» était peut-être inapproprié, étant donné qu'un grand nombre de Canadiens avaient choisi le Canada comme patrie.

En 1983, le Conseil national a tenu un débat sur la question. Soucieux de connaître l'opinion de ses membres, il a préparé un questionnaire, qu'il a ensuite distribué. Il n'a pas retenu, pour ce faire, les services d'un spécialiste. Comme vous pouvez l'imaginer, quand on fait un travail d'amateur, on obtient des résultats mitigés. Le questionnaire proposait des choix, sauf qu'il ne posait pas la question prédominante: «Voulez-vous qu'on modifie l'hymne? Si oui, quelle modification doit-on y apporter?» Cette question n'a été posée qu'à la toute fin. Résultat: 30 p. 100 des répondants ont affirmé qu'il n'était pas nécessaire de changer l'hymne; 48 p. 100 ont dit qu'il fallait remplacer les mots «all thy sons» par «all of us», et un peu plus de 25 p. 100, par «all thine own».

Fait étonnant, plus de 64 p. 100 des répondants, soit presque deux tiers des membres, ont recommandé que le mot «native» soit remplacé par «cherished». J'ai trouvé cela intéressant. Je ne l'ai su que lorsque j'ai pris connaissance du document de travail qui avait été préparé cette année-là. Une résolution a été rédigée et soumise à l'assemblée générale annuelle, sauf qu'aucune politique n'a été adoptée, faute d'accord. J'ajouterais que cette résolution était probablement une proposition d'urgence. Or, une majorité des deux tiers est requise pour qu'elle soit adoptée. Malheureusement, la question n'a pas fait l'objet de nouvelles discussions dans les années qui ont suivi.

Depuis, bon nombre de nos membres préfèrent utiliser les mots «all of us». Quand le débat a été relancé, l'an dernier, on nous a dit que, depuis la tenue de la première conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, il était important de faire en sorte que les institutions nationales et les symboles — et nous considérons l'hymne national comme un de nos symboles les plus importants — englobent tout le monde. Nous savons maintenant qu'il ne convient plus d'utiliser, comme on le fait en anglais, la troisième personne du masculin pour désigner les hommes et les femmes. Cette pratique perpétue l'image que l'homme est plus important que la femme. Or, les femmes se sont battues pendant trop longtemps en vue d'obtenir l'égalité des droits pour accepter l'usage continu du genre masculin. De plus, les jeunes filles ne doivent plus accepter cette explication plutôt banale qu'on leur sert, à savoir que le mot «fils» englobe aussi les filles. Si c'est le cas, il faudrait, logiquement, qu'on le précise. Aujourd'hui, le remplacement des mots «all thy sons» est perçu, semble-t-il, comme un changement important qui s'impose depuis longtemps.

De plus, notre représentant auprès des Nations Unies nous signale que l'article 197 du programme d'action de Beijing, qui s'intitule «Mécanismes institutionnels chargés de favoriser la promotion de la femme», met l'accent sur la nécessité d'apporter des changements aux mécanismes et aux institutions chargés de la promotion de la femme pour que celles-ci participent pleinement aux activités de développement politique, économique, social et culturel.

We feel that “social” and “cultural” are the two words in the act that change the national anthem to make it more inclusive. We recommend strongly that this action be taken.

Last year, our members were pleased to instruct our president to write and express their support for this bill. NCWC wishes to express its hope that the intent will be realized and that members of Parliament will act to remedy this situation.

**The Chairman:** Finally, we have Helmut Kallmann, a former music historian at the National Library.

**Mr. Helmut Kallmann, Former Music Librarian:** Honoured senators and honoured guests, I want to give you a quick overview from a mainly musical point of view.

Before *O Canada* was written in 1880, there were a number of substitute national anthems in Canada that were sung on patriotic occasions — for example, *A La Claire Fontaine*, *Vive la Canadienne* and, one especially written song, *Sol canadien, terre chérie*. In 1867, 13 years before *O Canada*, we had *The Maple Leaf For Ever*. I should add that “for ever” is two words. It is usually spelled as one, but it should be two. None of these songs achieved official status, although they were sung on all patriotic occasions.

The origin of *O Canada* has something to do with Saint-Jean Baptiste celebrations in June. In that particular year, 1880, there was also a national holiday for French Canadians. For that occasion, they decided to have a national song contest.

They felt that Canada was at a stage where a national anthem was needed. The contest began, but they realized that it was already March, the celebration would be in June and that you could not have a contest judged and the winner published in that time. Ernest Gagnon, president of the committee, asked his friend, Calixa Lavallée, 1842 to 1891, to compose the music. Mr. Lavallée was an outstanding and well-recognized musician who had written many dances, musical comedies, marches and piano pieces, some of which had many publishers. He was quite the man to ask for such a tune. Mr. Lavallée set about writing three or four possible tunes and sent them to his friends. The tune we know as *O Canada* was unanimously selected.

It is interesting that the music came before the words. Gagnon said to Lavallée, “Why do you not write something like *O Canada*?” Thus, he may have given him the first few notes. After Lavallée wrote the music, they went to Sir Adolphe-Basil Routhier, who wrote the French words that are current today.

The anthem was first performed on June 21, 1880, but it was not sung. Rather, it was played by mass military and civilian bands; the first vocal performance took place the following Sunday, I think.

Nous estimons que l'ajout des mots «social» et «culturel» à la loi sur l'hymne national rendrait celle-ci plus inclusive. Nous recommandons fortement que cette modification soit apportée.

L'an dernier, les membres du Conseil ont demandé à la présidente d'envoyer une lettre au comité dans le but de manifester leur appui au projet de loi. Le Conseil national des femmes du Canada espère que l'objectif du projet de loi sera atteint et que les parlementaires prendront les mesures qui s'imposent pour corriger la situation.

**Le président:** Enfin, nous allons entendre Helmut Kallmann, ancien musicothécaire de la Bibliothèque nationale.

**M. Helmut Kallmann, ancien musicothécaire:** Honorables sénateurs et chers invités, permettez-moi de faire un bref survol de la question, d'un point de vue avant tout musical.

Avant que le *Ô Canada* ne soit rédigé en 1880, plusieurs hymnes nationaux étaient entonnés au Canada lors d'événements patriotiques — mentionnons, par exemple, *À la claire fontaine*, *Vive la Canadienne* et, surtout, *Sol canadien, terre chérie*. En 1867, 13 ans avant l'adoption du *Ô Canada*, nous chantions *The Maple Leaf For Ever*. J'ajouterais que «for ever» s'écrit en deux mots et non pas en un seul, comme le veut l'usage. Aucun de ces chants n'avait de statut officiel, même s'ils étaient entonnés lors d'événements patriotiques.

Le *Ô Canada* tire son origine de la célébration de la fête de saint Jean-Baptiste, en juin. En 1880, les Canadiens français, qui devaient célébrer une fête nationale, ont décidé de tenir un concours en vue de trouver un chant national.

Ils estimaient que le Canada avait besoin d'un hymne national. Le concours lancé, ils se sont rendu compte qu'ils étaient déjà en mars, que la célébration devait avoir lieu en juin et qu'il était impossible de choisir un texte et de le faire publier à temps. Ernest Gagnon, président du comité, demanda à son ami, Calixa Lavallée, né en 1842 et mort en 1891, de composer la musique. M. Lavallée était un musicien exceptionnel et bien connu qui avait composé la musique de nombreuses danses, comédies musicales, marches, morceaux pour piano, dont certaines ont été largement publiées. Il était la personne tout indiquée pour faire ce travail. M. Lavallée a composé trois ou quatre musiques, et les a envoyées à ses amis. Celle de *Ô Canada* a été choisie à l'unanimité.

Fait intéressant, la musique a été composée avant que les paroles ne soient écrites. Gagnon a dit à Lavallée: «Pourquoi n'écrivez-vous pas quelque chose qui ressemble à *Ô Canada*?» Il lui a peut-être donné les premières notes. Une fois la musique terminée, ils sont allés voir Sir Adolphe-Basil Routhier, qui a rédigé les paroles françaises que nous utilisons aujourd'hui.

L'hymne a été joué pour la première fois le 21 juin 1880 par des orchestres militaires et civils, mais sans les paroles. Il a été chanté pour la première fois, si je ne m'abuse, le dimanche suivant.



*O Canada*, in my view and in the view of many other people, is a splendid tune, but not everyone thinks so. There are some people who forever point out that the opening of *O Canada* reminds one of the march of the priests in the second act of *The Magic Flute*.

I quote from a letter to the *Globe and Mail* two years ago:

It is the music that bothers me. There is more than a passing similarity between Calixa Lavallée's melody and the opening to act 2 of Mozart's *The Magic Flute*. I suppose if you are going to borrow someone else's tune, you may as well take from the best. Come to think of it, Canada is really a second-hand country, so I suppose it is only appropriate that our anthem is slightly used.

I was furious when I read this. It is a rather smart-alecky letter. I wrote a response to *The Globe and Mail*, but they did not publish it. The point is not that the tune came from Mozart's but that only one or two bars are similar. *O Canada* is 28 bars in length. Mozart had used the same in one of his earlier operas, and not only Mozart but also 100 years before Mozart Corelli used it in two violin sonatas. Even closer to Lavallée is *Sonata for Young People* written by Robert Schumann in the 1850s, which is also similar.

The point is that any musician, anyone who can count from one to five, can permute the figures 1-3-5, 3-5-1, 5-3-1. Add 1-3-5 and you would have the last movement of Beethoven's *Symphony No. 5*. We have 3-5-1 here, and with 5-3-1 we would have the *Die Meistersinger Overture* by Wagner. It does not take a genius to figure this out.

*O Canada* became very popular very quickly in the province of Quebec among French-speaking Canadians. However, the only text was French. Around 1901, the Duke of Cornwall and York, later George V, visited Toronto, Ontario. The tune was played without the lyrics but from then on the translation just mushroomed.

The first performance of any currency was by Thomas Bedford Richardson. The choir at Massey Hall also sang it in 1906. In 1908, Sir Stanley Weir wrote the lyrics of the version that we sing today.

There were several contests. *Collier's* magazine had one that brought in 350 submissions. You can imagine how many good ones there were. Some were attempts at translating the French text, which just did not work, and others were new versions. The Toronto public library, now the Metro Toronto Library, has a script, which I saw years ago, of 25 different printed versions of the text.

This was just before World War I. Since then, there have been numerous publications of the music and numerous recordings in later years. In 1967, the idea was approved that *O Canada* should be the national anthem but it was adopted as the national anthem only in 1980.

À mon avis, et d'après de nombreux observateurs, l'*Ô Canada* est un chant magnifique, mais il y en a qui ne sont pas d'accord. Certains prétendent que les premiers mots d'*Ô Canada* évoquent la marche des prêtres dans le second acte de la *Flûte enchantée*.

Il y a deux ans, le *Globe and Mail* a publié une lettre qui disait, en gros:

C'est la musique qui me dérange. Il existe une étrange ressemblance entre la mélodie de Calixa Lavallée et l'ouverture du second acte de la *Flûte enchantée* de Mozart. Si vous voulez emprunter la musique de quelqu'un, aussi bien vous inspirer de ce qu'il y a de meilleur. À bien y penser, comme le Canada n'est qu'un pays de second ordre, je suppose qu'il est normal qu'on ait un hymne légèrement usagé.

J'étais furieux. Je trouvais la lettre insultante. J'ai envoyé une lettre au *Globe and Mail*, mais il ne l'a jamais publiée. La musique ne vient pas de Mozart. Il y a seulement une ou deux mesures qui se ressemblent. L'*Ô Canada* compte 28 mesures. Mozart avait utilisé les mêmes mesures dans l'un de ses premiers opéras, et il n'était pas le seul à le faire. Corelli, cent ans plus tôt, avait utilisé les mêmes mesures dans deux sonates pour violon. Il existe également une ressemblance entre la musique de *Sonata for Young People*, écrite par Robert Schumann dans les années 1850, et celle de Lavallée.

Le fait est que n'importe quel musicien, n'importe quelle personne capable de compter de un à cinq, peut intervertir les chiffres 1-3-5, 3-5-1, 5-3-1. Ajoutez 1-3-5, et vous avez le dernier mouvement de la *Symphonie n° 5* de Beethoven. Ici, nous avons 3-5-1, et avec 5-3-1, vous arrivez à l'ouverture *Die Meistersinger* de Wagner. Il n'est pas nécessaire d'être un génie pour comprendre cela.

*Ô Canada* est très vite devenu populaire au Québec parmi les Canadiens français. Toutefois, il n'y avait qu'une seule version, la française. Vers 1901, le duc de Cornwall et de York, plus tard Georges V, s'est rendu à Toronto, en Ontario. La musique a été jouée sans les paroles. Dès lors, de nombreuses traductions sont apparues.

Thomas Bedford Richardson a été le premier à adapter le poème. La chorale de Massey Hall l'a également chanté en 1906. En 1908, sir Stanley Weir a écrit les paroles de la version que nous chantons aujourd'hui.

Plusieurs concours avaient été lancés, dont un par la revue *Collier*, qui a reçu 350 textes. Vous pouvez imaginer combien d'entre eux étaient bons. Certains étaient des adaptations de la version française, ce qui n'allait pas du tout, et d'autres, des textes nouveaux. La bibliothèque publique de Toronto, aujourd'hui la Metro Toronto Library, possède un manuscrit, que j'ai vu il y a des années de cela, qui renferme 25 versions différentes du texte.

C'était tout juste avant la Première Guerre mondiale. Depuis, la musique a été publiée à maintes reprises en plus de faire l'objet de nombreux enregistrements. En 1967, il a été décidé que l'*Ô Canada* allait devenir l'hymne national. Il n'a été adopté officiellement qu'en 1980.

I certainly support Senator Poy's plan for the wording change. I think there is no harm in changing a few words in the lyrics. It is not as though it is a poem by Shelley or Keats or Wordsworth. You can change old-fashioned language anyway, but the national anthem, after all, expresses sentiments and is a means to express sentiments. I do not think the words are sacrosanct. I wholeheartedly support the idea of making the change. If I were a senator, I would vote in favour.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Kallmann. Do senators have questions for members of the panel?

**Senator Callbeck:** I have learned much about the national anthem that I did not know before I came in here.

Did I hear you correctly, Mr. Kallmann, when you said that in 1967 it was approved to be the national anthem but not adopted until 1980?

**Mr. Kallman:** There is a difference between approval and law-making. I do not know whether it was legislated in 1967. I do not have the text here. It is a fine difference.

**Senator Callbeck:** Mr. Chair, I want to take the opportunity to commend Frances Wright for the part she played in getting the monument of the Famous 5 on the Hill. I know that she was the major mover. I have never seen a monument that receives so much attention. Each time I walk by the statue, people are there. Generally, someone is in the chair getting his or her picture taken. Thank you very much.

**The Chairman:** I am in the office frequently over the course of the summer. I have noticed that the other statues basically get ignored. I have never seen a tourist group or groups of people not go to the Famous 5 monument. The people who sit in the chair are always young girls. It is just an interesting observation that that monument has become the focal point of the monuments on the Hill. It is popular beyond what one might have anticipated at the time it was launched.

**Ms. Wright:** It definitely exceeds what we anticipated. Obviously, the attractiveness of the monument belongs to the artist, Barbara Patterson, another Albertan.

Two years ago, a guard who normally works days but for the past couple of months had worked nights telephoned me. He told me that, during the days, there are people around the monument all the time, but he said that every half hour or so one person or two people come to be with the statue. He said that for the most part they are female, but some are men, too. They come, and they sit. He said that over 50 per cent of them would then cry and heave.

This was surprising to us. The Ottawa committee said that a number of self-help groups visit the statute, as well as sick people, who seek comfort from these Mothers of Confederation. Different people have told me that when they are struggling with a divorce or bankruptcy, they want to be with a group that is nurturing and that gives them the courage to continue.

J'appuie la démarche du sénateur Poy. Je ne vois pas pourquoi on ne changerait pas quelques mots dans le texte. Il ne s'agit pas d'un poème de Shelley, de Keats ou de Wordsworth. On peut changer des mots qui sont dépassés. L'hymne national, après tout, constitue un moyen d'exprimer des sentiments. Les mots, selon moi, ne sont pas sacro-saints. Je suis tout à fait d'accord avec l'idée de changer le texte. Si j'étais sénateur, je voterais en faveur du projet de loi.

**Le président:** Merci, monsieur Kallmann. Y a-t-il des questions?

**Le sénateur Callbeck:** J'ai appris beaucoup de choses au sujet de l'hymne national depuis que je suis ici.

Monsieur Kallmann, ai-je bien compris? Avez-vous dit que l'hymne national a été approuvé en 1967 et adopté en 1980?

**M. Kallmann:** Approuver et adopter un texte sont deux choses différentes. Je ne sais pas si l'hymne est devenu loi en 1967. Je n'ai pas le texte devant moi. Il existe une légère différence entre ces deux mots.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur le président, je voudrais profiter de cette occasion pour féliciter Frances Wright pour le rôle qu'elle a joué dans l'édification du monument des «célèbres cinq» sur la colline. Je sais que c'est elle qui a parrainé le projet. Jamais un monument n'a suscité autant d'intérêt. Chaque fois que je passe devant celui-ci, il y des gens qui l'admirent. Il y a habituellement quelqu'un qui s'installe dans la chaise vide pour se faire prendre en photo. Donc, merci beaucoup.

**Le président:** Je vais souvent à mon bureau, l'été. J'ai noté que les autres statues ne sont pas aussi populaires. Il y a toujours des groupes de touristes ou de personnes qui admirent le monument des «célèbres cinq». Ce sont toujours les jeunes filles qui vont s'asseoir dans la chaise vide. Ce monument est devenu un point d'attraction sur la Colline. On ne s'attendait pas à ce qu'il soit aussi populaire.

**Mme Wright:** Il dépasse nos espérances. Le monument est très beau. C'est Barbara Patterson, une autre Albertaine, qui l'a conçu.

Il y a deux ans, un garde de sécurité qui, habituellement, travaillait le jour, mais qui, depuis quelques mois, travaillait la nuit, m'a téléphoné. Il m'a dit qu'il y avait toujours des gens autour du monument pendant la journée, et qu'à toutes les demi-heures, une ou deux personnes venaient s'y recueillir. C'était surtout des femmes, mais il y avait aussi des hommes. Ils s'installaient là, et la plupart d'entre eux versaient des larmes, poussaient des soupirs.

Je trouve cela étonnant. Le comité d'Ottawa a dit que plusieurs groupes d'entraide visitent le monument. Il y a aussi des malades qui viennent chercher un peu de réconfort auprès de ces mères de la Confédération. Différentes personnes aux prises avec un divorce ou des difficultés financières m'ont dit qu'elles aimaient se trouver en présence d'un groupe qui leur offre un appui moral et qui leur donne le courage d'aller de l'avant.



I thank you all very much for making this possible.

**The Chairman:** Any other questions?

**Senator Fairbairn:** I have caught fellows sitting in the chair, too. It is true. It has been like a magnet. We are all very thrilled with that, especially female senators and especially female senators from Alberta who feel rather strongly about this.

Senator Poy, you talk about young people being attracted to the statues. These kinds of changes are not aimed at my generation. They are aimed at a younger generation, which represents women striving and now part, at an equal level, of national life. For them, it makes no sense to be excluded from our national anthem.

I notice, Ms. Wright, that each year a young woman becomes the recipient of the Governor General's Award in Commemoration of the Persons Case. I was wondering whether you might like to comment about how this is another signal to young women that they are equal, if we make this change in Parliament.

**Ms. Wright:** I return to the point of the symbols including everyone. One of the complaints that we have had is that our monument does not include men. My husband always felt that we should have the husbands circling the Famous 5 because they could not have done what they did without their husbands and the support of their families, too.

However, it is for the young people that our eye is cast because they have a tremendous responsibility of a much more complex world than we are living in today. If they can feel that their contributions are valued and, indeed, expected, they will do this, most powerfully by hearing and by singing "True patriot love in all of us command."

Why is it only when you are 21 that you can think of yourself as an adult and a participant in public life? Why can you not be 13 thinking about how to make this a better world? In a variety of different ways, they are already beginning on the environmental front, child slavery and whatever.

Singing "in all of us command" simply says to each and every one of us that in each and every one of us — in all of us — command true patriot love. Particularly, this will help our young people.

**Ms. Laidlaw-Sly:** Senator Fairbairn, an issue that is important is the participation of young women in sports. I have now joined the ranks of great-grandmothers, and I am very proud of it. My eight granddaughters have opportunities and are active in ways that were never possible previously. The inclusion of young women in all of these activities, as was pointed out in one of the discussions we had — it is our young women sports teams that have particularly brought glory to Canada. They have a better track record with gold medals — not that winning a gold medal is everything. The participation is important.

Je tiens à vous remercier de tout ce que vous avez fait pour que ce projet devienne réalité.

**Le président:** Y a-t-il d'autres questions?

**Le sénateur Fairbairn:** J'ai vu des hommes, aussi, s'asseoir dans la chaise vide. C'est vrai. Le monument est comme un aimant. Nous en sommes tous enchantés. Toutes les femmes membres du Sénat en sont fières, surtout celles qui viennent de l'Alberta.

Sénateur Poy, vous dites que la statue attire les jeunes. Ces changements ne visent pas ma génération, mais plutôt les jeunes, les femmes qui luttent et qui font maintenant partie intégrante de la société canadienne. Je trouve anormal qu'elles soient exclues de l'hymne national.

Je note, madame Wright, que le Prix du Gouverneur général en commémoration de l'affaire *personne* est décerné, chaque année, à une jeune femme. J'aimerais que vous nous expliquiez comment, par ce changement, nous pouvons faire comprendre aux jeunes femmes qu'elles sont l'égale de l'homme.

**Mme Wright:** J'ai parlé des symboles qui englobent tout le monde. Certains se plaignent du fait qu'il n'y a pas d'hommes dans ce monument. Mon mari a toujours dit que les conjoints devraient eux aussi faire partie de la statue des «célèbres cinq», parce qu'elles n'auraient pas pu accomplir tout ce qu'elles ont fait sans l'aide de leurs conjoints et de leurs familles.

Toutefois, notre regard se porte du côté des jeunes, parce qu'ils ont une responsabilité énorme à assumer, vu la complexité du monde dans lequel nous vivons présentement. S'ils savent que leur contribution est appréciée et jugée importante, ils vont se sentir plus forts s'ils entendent et entonnent les mots «True patriot love in all of us command».

Pourquoi doit-on attendre d'avoir 21 ans avant d'être considéré comme un adulte qui participe à la vie publique? Ne peut-on pas, à 13 ans, songer aux différentes façons dont on peut améliorer le monde? Les jeunes commencent déjà à s'affirmer sur le plan environnemental, au chapitre de l'esclavage des enfants, ainsi de suite.

Les mots «in all of us command» signifient tout simplement que nous sommes tous — et je dis bien tous — animés d'un sentiment patriotique. Cela ne peut qu'aider les jeunes.

**Mme Laidlaw-Sly:** Sénateur Fairbairn, il y a un autre point qui mérite d'être souligné, et c'est la participation des jeunes femmes aux activités sportives. Je suis maintenant arrière-grand-mère, et j'en suis très fière. Mes huit petites-filles ont la possibilité, aujourd'hui, de participer à des activités qui, jadis, leur étaient interdites. Le fait que les jeunes femmes puissent participer à toutes ces activités, comme nous l'avons déjà mentionné — ce sont surtout les équipes sportives formées de jeunes femmes qui ont apporté la gloire au Canada. Elles ont remporté beaucoup de médailles d'or — non pas que le fait de remporter une médaille d'or compte plus que tout, mais le fait qu'elles participent à des activités est importante.

We all choke up when we hear *O Canada*, and we see the accomplishments of our young people, whether it is in the field of sports or in other endeavours. We need to have the symbolism match the reality. The reality is that our women are there.

**The Chairman:** May I thank the panel very much for their attendance here.

Before I call on our next witness, I shall read into the record a letter I received from Allan Parks, Dominion President, The Royal Canadian Legion.

Thank you very much for the invitation to appear before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology to present our views on Bill S-3, An Act to Amend the National Anthem Act.

As indicated to you earlier by our Dominion Secretary, I regret that neither I nor one of our elected officers can appear before this committee on 23 October as we are presently committed for that date. However, we have previously discussed the proposal and have developed a position on the issue as follows:

The 400,000 men and women of The Royal Canadian Legion do not find the current wording of our National Anthem to be offensive and do not see any reason to amend the wording.

I would appreciate your support in forwarding the position of The Royal Canadian Legion to the committee with our respect.

Sincerely,

Allan Parks

Dominion President

Unfortunately, the Legion could not be here.

**Senator Fairbairn:** Mr. Chairman, might I just say a word?

**The Chairman:** Yes.

**Senator Fairbairn:** I want to say to all of you who have come here today, thank you very much. I am leaving not because I want to but there is another great cause taking place on Parliament Hill. It is Literacy Action Day, and people come from all of Canada. I must lead the charge there.

**The Chairman:** Our final witness this morning is Mr. Rudyard Griffiths, the executive director of the Dominion Institute.

**Mr. Rudyard Griffiths, Executive Director, Dominion Institute:** Thank you, Mr. Chair. It is very much an honour for the institute to appear before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Nous sommes tous éberlués lorsque nous entendons le *Ô Canada* en voyant l'accomplissement de nos jeunes, que ce soit dans le domaine du sport ou ailleurs. Il faut que le symbolisme colle à la réalité. La réalité, c'est qu'il y a des femmes parmi nous.

**La présidente:** Je tiens à remercier le groupe de témoins d'être ici aujourd'hui.

Avant d'inviter notre prochain témoin, je vais lire pour le compte rendu une lettre que j'ai reçue d'Allan Parks, président national de la Légion royale canadienne.

Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie afin de lui présenter le point de vue de la Légion royale canadienne sur le projet de loi S-3, Loi modifiant la Loi sur l'hymne national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes.

Comme vous l'a déjà mentionné le secrétaire national de la Légion, ni moi ni un de nos représentants élus ne peuvent témoigner devant le comité le 23 octobre parce que nous avons un engagement ce jour-là. Toutefois, nous avons discuté du projet de loi et avons établi notre position sur la question:

Les 400 000 hommes et femmes qui font partie de la Légion royale canadienne ne trouvent pas les paroles de l'hymne national offensantes et ne voient aucune raison de les modifier.

Je vous saurais gré de communiquer au comité la position qu'a adoptée la Légion royale canadienne.

Je vous prie d'agréer, ..., mes salutations les meilleures.

Le président national,

Allan Parks

Malheureusement, la Légion ne peut pas être ici aujourd'hui.

**Le sénateur Fairbairn:** Monsieur le président, puis-je glisser un mot?

**Le président:** Bien sûr.

**Le sénateur Fairbairn:** Je voudrais remercier sincèrement toutes les personnes qui sont ici aujourd'hui. Je dois vous quitter non pas parce que je le souhaite, mais parce qu'il y a une autre grande cause à défendre sur la colline du Parlement aujourd'hui. C'est la journée de l'Alphabétisation, et des gens sont venus de tout le Canada pour la célébrer. Je dois mener la charge.

**Le président:** Notre dernier témoin de ce matin est M. Rudyard Griffiths, directeur exécutif de l'Institut du Dominion.

**M. Rudyard Griffiths, directeur exécutif, Institut du Dominion:** Merci, monsieur le président. C'est un grand honneur pour l'Institut de comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.



As a charity dedicated to promoting knowledge of Canada's history and informed dialogue on public policy issues, the Dominion Institute acknowledges the historic role the Senate has played, and continues to play, in nurturing Canada's democratic traditions and culture.

By way of background, the work of the institute consists of conducting regular public opinion research into Canadians' knowledge of their history and operating free educational programs for high schools nationwide. In terms of our research, committee members might be familiar with our annual Canada Day quiz, as well as surveys that we conduct around Remembrance Day.

For teachers, we operate national speakers' bureaus of veterans and immigrant community leaders. In the last year, these bureaus have harnessed the enthusiasm of some 1,500 volunteers across Canada and have provided almost a quarter of a million youths with the opportunity to learn first-hand about our shared history and our shared citizenship from outstanding Canadians living in their communities.

You have asked me to share some of our thoughts on Bill S-3 and its proposed change to our national anthem. I do this with great pleasure.

The last thing I want to do with my limited time is provide you with a history lesson. I expect all of you are very much aware of the anthem, its creation, and the interesting piece of Canadian history that is the story of our anthem.

I will, however, begin with one quick aside before I get to the body of my remarks. In 2001, with the Ipsos-Reid group, we polled Canadians on their knowledge of the national anthem. To our distress, 37 per cent of respondents were not able to recite the lyrics of the anthem beyond the words, "O Canada, our home and native land." Clearly, much more work needs to be done in our schools, and in our popular culture, to ensure that the anthem remains as a touchstone of belonging for all Canadians. I encourage the Senate's work on Bill S-3 as part of making the anthem relevant today to Canadians.

The anthem is an official symbol of this country and warrants, as I said, serious and ongoing attention. Like many other national symbols — the maple leaf, for example — it is open to interpretation and revision. This is a healthy process. It is a process that ensures that our national symbols remain relevant to Canadians by being reflective of the values of our country.

For us at the institute, the litmus tests for changing a national anthem are those of relevance and the expression of common values. The questions for us to answer were as follows: "Does the anthem, as it is currently worded, still have relevance to Canadians?" Is it expressive of our collective values? Is the change to "of us" vital not only to capturing the spirit of

En sa qualité d'oeuvre de bienfaisance ayant pour objectif de promouvoir la connaissance de l'histoire canadienne et un dialogue éclairé sur les questions de politiques publiques, l'Institut du Dominion reconnaît le rôle historique que joue le Sénat, encore aujourd'hui, dans le maintien des traditions et de la culture démocratiques du Canada.

Pour vous mettre en contexte, le travail de l'Institut consiste à mener périodiquement des sondages d'opinion pour évaluer la connaissance des Canadiens de leur histoire et à offrir divers programmes éducatifs aux écoles secondaires du pays. Pour ce qui est de nos recherches, les membres du comité connaissent peut-être déjà notre quiz annuel de la fête du Canada, ainsi que les sondages que nous réalisons sur le jour du Souvenir.

Pour les enseignants, nous avons un Bureau des orateurs nationaux, dont font partie des anciens combattants et des immigrants investis d'un rôle important dans la communauté. L'an dernier, ce bureau a suscité l'enthousiasme de quelques 1 500 bénévoles d'un bout à l'autre du Canada et a permis à près d'un quart de million de jeunes d'apprendre directement de la bouche de Canadiens extraordinaires vivant dans leur communauté des pans de notre histoire et des aspects de notre citoyenneté commune.

Vous m'avez demandé de vous faire part de nos réflexions sur le projet de loi S-3 et les changements qu'il propose à notre hymne national. Je vais le faire avec plaisir.

Je ne voudrais pas gaspiller le temps limité dont je dispose pour vous donner une leçon d'histoire. Je suppose que vous connaissez tous très bien notre hymne national, l'histoire de sa création et son importance dans l'histoire générale du Canada.

Je vais cependant ouvrir une petite parenthèse avant d'entrer dans le vif du sujet. En 2001, avec le groupe Ipsos-Reid, nous avons effectué un sondage auprès des Canadiens pour déterminer dans quelle mesure ils connaissaient l'hymne national. À notre grand dam, nous avons constaté que 37 p. 100 des répondants n'étaient pas capables de réciter les paroles de l'hymne après les mots «Ô Canada, terre de nos aïeux». De toute évidence, il faut intervenir davantage dans les écoles et dans la culture populaire afin que l'hymne national demeure un symbole d'appartenance essentiel pour tous les Canadiens. J'encourage le Sénat à poursuivre ses travaux sur le projet de loi S-3 afin de rendre l'hymne national actuel et pertinent pour les Canadiens.

L'hymne national est un symbole officiel de notre pays et il mérite qu'on lui accorde une attention sérieuse et soutenue, je le répète. Comme bien d'autres symboles nationaux — la feuille d'érable, par exemple — on doit l'interpréter et le réviser. C'est sain de le faire, afin que nos symboles nationaux demeurent significatifs pour les Canadiens et qu'ils continuent de refléter les valeurs de notre pays.

Pour l'institut, les tests les plus importants pour déterminer s'il faut changer notre hymne national sont ceux sur sa pertinence et sur l'expression des valeurs communes. Les questions que nous nous posons sont les suivantes: «Les paroles actuelles de l'hymne national sont-elles toujours significatives pour les Canadiens?», «Expriment-elles nos valeurs collectives?»; «Le changement pour

Canadian society, but also a society that we know, moving into 21st century with an understanding and a self-perception, being a vibrant multicultural democracy?"

I would venture that the anthem, as it is currently written, is more than capable of meeting the tests of cultural relevancy and the expression of our common values.

In my remaining time, let me briefly explain why. The words "thy sons" appeared in the evolving text — and I stress evolving text — of the anthem in the run up to the Great War, a conflict where over 60,000 Canadians gave their lives. The horrific cost that Canada paid for its participation in World War I saw the words, "thy sons," take on even greater meaning and relevance in the 1920s and 1930s, as the country mourned its war dead.

Between 1945 and 1949, a million Canadians volunteered to fight for Canada and the values of freedom and democracy. At first, ill-prepared in the World War II, we quickly came to play a pivotal role in the defeat of fascism. With this victory, yet again Canada paid a horrible price in the lives of its citizens.

Today, in 2003, less than six World War I veterans still walk among us. We are, indeed, fortunate to have over 280,000 World War II veterans to honour; but according to Veterans Affairs Canada and the latest census information, in the next year some 30,000 of these heroes will pass on.

As a younger Canadian, this makes me very conscious that as a nation comprised largely of generations who, fortunately, have never known war, we alone will shoulder the very solemn burden of remembrance — that pledge that we all make as citizens at cenotaphs in our communities across Canada each November 11, never to forget. Here, I think the words "thy sons" are of the utmost relevance to contemporary Canada.

With more public education and better public education in our schools, the words "thy sons" can function as a powerful reminder to Canadians of the heroism and sacrifice of the 100,000 of our fellow citizens who died in the last century for the Canadian values of freedom, democracy and the respect for the rule of law.

In conclusion, we believe that the change to "of us" is motivated by the very best of intentions. It is also, as I said, promoting a very important debate and conversation around the anthem. The existing words, though, remain of acute relevance to Canadian society as a means to honour our remaining veterans and remind ourselves all too soon that in their absence the burdens of remembering Canada's proud military heritage will fall to us alone.

les mots «of us» en anglais est-il essentiel pour refléter l'esprit de la société canadienne, qui se veut une démocratie multiculturelle dynamique en cette période où elle entre dans le XXI<sup>e</sup> siècle?»

J'oserais avancer que les paroles actuelles de l'hymne national satisfont amplement aux tests de pertinence culturelle et d'expression de nos valeurs communes.

Je vais prendre les quelques minutes qu'il me reste pour vous expliquer pourquoi. Les mots «thy sons» sont apparus à l'aube de la Grande Guerre, un conflit qui a coûté la vie à plus de 60 000 Canadiens, pendant qu'on travaillait à la rédaction du texte. Le coût terrible que le Canada a payé pour sa participation à la Première Guerre mondiale a conféré aux mots «thy sons» une signification et une pertinence d'autant plus grande dans les années 20 et 30, pendant que le pays pleurait ses citoyens morts à la guerre.

Entre 1945 et 1949, un million de Canadiens se sont portés volontaires pour aller se battre au nom du Canada et des valeurs de la liberté et de la démocratie. D'abord mal préparés à la Deuxième Guerre mondiale, nous en sommes rapidement venus à jouer un rôle essentiel dans la défaite du fascisme. Cependant, le Canada a encore une fois payé cette victoire chèrement, en sacrifiant la vie de bon nombre de ses citoyens.

Aujourd'hui, en 2003, moins de six anciens combattants de la Première Guerre mondiale sont toujours avec nous. Nous avons toutefois la chance d'avoir encore 280 000 anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale à honorer, mais selon le ministère des Anciens combattants et le dernier recensement, environ 30 000 de ces héros vont décéder durant la prochaine année.

Je suis canadien, mais je suis trop jeune pour avoir vécu cela. Toutefois, je prends vraiment conscience que dans notre État majoritairement composé de générations qui, heureusement, n'ont jamais connu la guerre, nous porterons bientôt à nous seuls la responsabilité très solennelle de nous souvenir. C'est une promesse que nous faisons tous en tant que citoyens devant les cenotaphes de nos municipalités du Canada, tous les 11 novembre, afin de ne jamais oublier. Là, je crois que les mots «thy sons» sont de la plus grande pertinence dans le Canada d'aujourd'hui.

Si nous intensifions l'éducation publique et améliorons l'éducation scolaire, les mots «thy sons» pourront être particulièrement puissants pour rappeler aux Canadiens l'héroïsme et le sacrifice de 100 000 de nos concitoyens qui sont morts au siècle dernier pour préserver les valeurs canadiennes de la liberté, de la démocratie et du respect de la primauté du droit.

En conclusion, nous croyons que ce changement pour «of us» s'inspire des meilleures intentions qui soient. De plus, comme je l'ai déjà dit, ce projet de loi favorise un débat très important à propos de l'hymne national. Les paroles actuelles demeurent toutefois pertinentes dans la société canadienne d'aujourd'hui pour honorer les anciens combattants qui sont toujours parmi nous et nous rappeler beaucoup trop tôt que lorsqu'ils disparaîtront, la responsabilité du Canada de se souvenir de ce fier patrimoine militaire reposera sur nous seuls.



As to whether or not the existing wording is reflective of our common values — the second test that I set — we would argue that “thy sons” is evocative of the very best in Canadian beliefs. It reflects our steadfast commitment to defend freedom and democracy, not just of our fellow citizens, but of the peoples of the world over, who share with us the common bond of our humanity.

Again, thank you for the opportunity to contribute our perspective to your deliberations. I commend this committee for raising important issues about the nature and purpose of national symbols such as our anthem. Canada can only be better for this debate. I look forward to your questions.

**The Chairman:** I wish to ask a point of clarification. You said that the Dominion Institute would apply two tests, the test of relevancy and the test of whether any change reflected Canadian values. I believe you really said two things: First, that the proposed change continues to reflect Canadian values, but that you would prefer that the change not be made because of the attachment that Canadian veterans — particularly World War II veterans — have to the existing words. That is to say, you are not opposed to the change in the sense that it does not meet the relevancy test or it fails to meet your values test. You are opposed to it on the grounds that it moves attention away from the veterans of the World War II.

**Mr. Griffiths:** I would say that, yes, part of what we need to do for a specific period of time is acknowledge that there are 280,000 World War II veterans who live among us, and that they have a strong connection with “thy sons” and what it evokes for them. Equally important for the foreseeable future, there is also a responsibility for younger Canadians such as myself to continue on with that solemn pledge never to forget, to remember. These words, in the context of much more public education on our anthem, which is needed, could be what teachers would call a valuable teaching opportunity. It could be a way of reminding ourselves of our military history, our military heritage and the values of freedom and democracy, and the respect for rule of law that is intimately bound up with that heritage.

**The Chairman:** Your concern is tied to losing the heritage link, as opposed to disagreeing that the change reflects Canadian values, is that right?

**Mr. Griffiths:** Right. The change is also reflective of other important Canadian values. Again, the litmus test, we say, when you are making an important change to a national symbol, is this: Does the existing wording or the component of that symbol still have relevance for Canadians? In this case, I think it does. Also, is it still reflective and expressive of important Canadian values — maybe different ones, but still other important Canadian values — and I think that is the case.

À savoir si les paroles actuelles reflètent nos valeurs communes — la question du deuxième test que je préconise — je dirais que l’expression «thy sons» évoque les croyances canadiennes les plus précieuses. Elle témoigne de notre engagement inébranlable à défendre la liberté et la démocratie, pas seulement pour nos concitoyens, mais aussi pour les peuples du monde qui sont liés à nous dans l’humanité.

Je vous remercie encore une fois de nous donner la chance de vous présenter notre point de vue sur vos délibérations. Je félicite votre comité de soulever des questions aussi importantes sur la nature et le but des symboles nationaux comme notre hymne nationale. Le Canada ne pourra qu’en sortir grandi. Je suis tout disposé à répondre à vos questions.

**Le président:** J’aimerais vous demander une précision. Vous avez dit que l’Institut du Dominion effectuerait deux tests pour évaluer cette modification, celui de la pertinence et celui du respect des valeurs canadiennes. Je crois que vous avez dit deux choses surtout: d’abord, la modification proposée continue de refléter les valeurs canadiennes, mais vous préféreriez qu’elle ne soit pas apportée en raison de l’attachement des anciens combattants canadiens, particulièrement ceux de la Deuxième Guerre mondiale, aux mots actuels. Ainsi, vous ne vous opposez pas à la modification sous prétexte qu’elle échoue le test de la pertinence ou de respect des valeurs. Vous vous y opposez parce qu’elle réduit l’attention portée aux anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale.

**M. Griffiths:** Je dirais qu’en effet, pour une certaine période de temps, nous devons tenir compte du fait qu’il reste 280 000 anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale en vie et qu’ils sont très attachés à l’expression «thy sons» et à ce qu’elle signifie pour eux. Il est d’ailleurs tout aussi important, dans un avenir rapproché, que les jeunes Canadiens comme moi assument la responsabilité qui leur incombe de continuer de respecter cette promesse solennelle de ne jamais oublier, soit de nous souvenir. Puisque l’on veut intensifier l’éducation publique sur notre hymne national, les enseignants pourraient voir ces mots comme bonne occasion d’éducation. Ce pourrait être un moyen de nous rappeler notre histoire militaire, notre patrimoine militaire ainsi que les valeurs de la liberté, de la démocratie et du respect de la primauté du droit qui y sont intimement liées.

**Le président:** En fait, vous avez surtout peur de perdre le lien avec ce patrimoine. Vous ne contestez pas vraiment que ce changement reflète les valeurs canadiennes, n’est-ce pas?

**M. Griffiths:** C’est exact. La modification reflète aussi d’autres valeurs canadiennes importantes. Encore une fois, le test ultime à notre avis, lorsqu’on apporte une modification importante à un symbole national, consiste à se poser cette question: la parole ou la composante de ce symbole qui est remise en question est-elle toujours significative pour les Canadiens? Dans le cas qui nous occupe, elle l’est toujours. De plus, elle reflète et exprime toujours des valeurs canadiennes importantes, qui diffèrent peut-être de nos nouvelles valeurs, mais qui demeurent importantes.

**Senator Cook:** Thank you for your presentation. Help me to understand your reasoning. You are referring to the period of time of WWII and the veterans that came back from that war; am I correct?

**Mr. Griffiths:** I am starting with the Great War, and moving forward from that time. The degree to which there are only six World War I veterans among us goes to my second point — namely, how do we, as a society, prepare ourselves to assume the burdens of remembrance in the absence of our veterans as symbols of living history who can remind us most powerfully of this component of the Canadian story?

**Senator Cook:** I speak from my own personal experience. I am a Newfoundlander. I was not a Canadian at the time of the Great War, but I was a child and I can remember. I can remember my dad going and coming back, but I also remember my aunts going. If you are talking from the perspective of remembering — from this point I can remember people going, my family going — the women in my childhood went to war, as well as my dad. Some came back and some did not. If you are talking about moving into remembering for not my children but my grandchildren, I think we have accomplished that. I do not see how changing at this point in time applies, because that happened as we evolved as a nation, when women went to war during that time. If that is your focus, I am trying to understand that perspective. It is a comment more than a question.

**The Chairman:** Anyone else have questions for Mr. Griffiths?

Thank you for appearing here.

Senators, I am now in your hands. What is your pleasure in terms of responding to the bill?

**Senator Callbeck:** Pass it.

**The Chairman:** My sense is that we are looking for a motion that would allow the committee to report the bill back to the Senate unamended. Is that right?

**Senator Callbeck:** Yes. I so move, Mr. Chair.

**Senator Robertson:** Excuse me, Mr. Chair, with our diverse societies now, has anyone talked about the other problem?

**The Chairman:** Yes, we discussed that.

**Senator Robertson:** I am sorry, I was late.

**The Chairman:** I know you had an Internal Economy meeting. A discussion was held.

Senator Poy said in her opening comments that this was designed to deal centrally with this issue. In her view, there are mixed views on whether other changes are required. One possible

**Le sénateur Cook:** Je vous remercie de votre exposé. Aidez-moi à comprendre votre raisonnement. Vous avez mentionné l'époque de la Deuxième Guerre mondiale et celle où les anciens combattants sont revenus de guerre, c'est bien cela?

**M. Griffiths:** Je remonte jusqu'à la Grande Guerre, puis avance dans le temps. Le fait qu'il n'y ait que six anciens combattants de la Première Guerre mondiale qui sont toujours parmi nous m'amène à ma deuxième question: comment, en tant que société, nous préparons-nous à assumer la responsabilité de nous souvenir en l'absence de nos anciens combattants pour symboliser l'histoire vivante et nous rappeler de la façon la plus puissante qui soit cette facette de l'histoire canadienne?

**Le sénateur Cook:** Je parle par expérience personnelle. Je viens de Terre-Neuve. Je n'étais pas Canadien à l'époque de la Grande Guerre, mais j'étais un enfant et je peux me souvenir. Je peux me souvenir de mon père qui est parti et qui est revenu, mais je me rappelle aussi de mes tantes, qui sont parties à la guerre. Vous nous parlez de l'importance de nous souvenir. À ce jour, je peux me rappeler des gens qui sont partis, des membres de ma famille qui sont partis; lorsque j'étais petit, les femmes qui m'entouraient sont parties à la guerre, comme mon père. Certaines sont revenues et d'autres non. Si vous nous parlez de la responsabilité non pas de mes enfants mais de mes petits-enfants de se souvenir, je crois que nous avons déjà atteint notre objectif. Je ne vois pas en quoi la modification proposée aujourd'hui s'applique à votre raisonnement, parce que ces événements sont survenus dans l'évolution de notre nation et que des femmes sont allées à la guerre à cette époque. Si c'est votre perspective, j'essaie de la comprendre. C'est une observation plus qu'une question.

**Le président:** Quelqu'un d'autre a-t-il des questions pour M. Griffiths?

Merci d'avoir témoigné devant nous.

Sénateurs, je m'en remets maintenant à vous. Vous plaît-il de prendre position sur ce projet de loi?

**Le sénateur Callbeck:** Adoptons-le.

**Le président:** Je pense qu'il nous faut une motion permettant au comité de faire rapport du projet de loi au Sénat sans modification. Est-ce juste?

**Le sénateur Callbeck:** Oui. J'en fais la proposition, monsieur le président.

**Le sénateur Robertson:** Excusez-moi, monsieur le président, notre société est maintenant très diversifiée, en avons-nous parlé?

**Le président:** Oui, nous en avons discuté.

**Le sénateur Robertson:** Je suis désolée, je suis arrivée en retard.

**Le président:** Je sais que vous aviez une réunion avec le Comité de la régie interne. Nous avons eu une discussion.

Le sénateur Poy a dit dans sa déclaration préliminaire que son projet de loi visait à ce que nous discutons de la question en général. À son avis, les points de vue sont partagés à savoir s'il



change is related to “native land” and one related to, as you put it, the “God” issue.

This bill focuses solely on this question and certainly leaves open the prospect that, down the road, should someone wish to introduce a private member’s bill to deal with other changes, one could do that.

I take it that Senator Callbeck has moved that we report the bill back to the Senate this afternoon without amendment. Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** I will do that this afternoon.

I wish to thank everyone who attended here for taking the time to do so. Senator Poy, thank you for being here.

The committee adjourned.

faudrait apporter d’autres modifications. Il pourrait y avoir lieu de modifier, entre autres, les mentions de la «terre de nos aïeux» et de la «foi», comme vous l’avez dit.

Le projet de loi porte exclusivement sur cette question, mais ouvre certainement la porte à des possibilités dans l’avenir, si quelqu’un voulait proposer un projet de loi d’initiative parlementaire pour apporter d’autres changements. Ce serait possible.

Je vois que le sénateur Callbeck a proposé que nous fassions rapport du projet de loi au Sénat cet après-midi, sans amendement. Êtes-vous d’accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** D’accord.

**Le président:** Je vais le faire cet après-midi.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à la réunion d’avoir pris le temps de le faire. Sénateur Poy, merci d’être avec nous.

La séance est levée.

---









*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

*From Senate of Canada:*

The Honourable Senator Vivienne Poy;

Carole Reichert, Researcher, Office of the Honourable Senator  
Vivienne Poy.

*As an individual:*

Helmut Kallmann, Former Music Librarian.

*From the Famous 5 Foundation:*

Frances Wright, President;

Jeanne d'Arc Sharp, Member.

*From the National Council of Women of Canada:*

Catharine Laidlaw-Sly, President.

*From the Dominion Institute:*

Rudyard Griffiths, Executive Director.

#### TÉMOINS

*Du Sénat du Canada:*

L'honorable sénatrice Vivienne Poy;

Carole Reichert, recherchiste, Bureau de l'honorable sénateur  
Vivienne Poy.

*À titre personnel:*

Helmut Kallmann, ancien musicothécaire.

*De la Fondation Famous 5:*

Frances Wright, présidente;

Jeanne d'Arc Sharp, membre.

*Du Conseil national des femmes du Canada:*

Catharine Laidlaw-Sly, présidente.

*Du Dominion Institute:*

Rudyard Griffiths, directeur exécutif.





26  
-551



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Wednesday, November 5, 2003

---

**Issue No. 26**

**First and last meeting on:**

Bill C-37, An Act to amend the  
Canadian Forces Superannuation Act  
and to make consequential amendments to other Acts

**First and last meeting on:**

Bill C-50, An Act to amend the  
Statute law in respect of benefits for veterans  
and the children of deceased veterans

---

**INCLUDING:**

THE FOURTEENTH REPORT (Public health)  
THE FIFTEENTH REPORT (Bill C-37)  
THE SIXTEENTH REPORT (Bill C-50)

---

**WITNESSES:**

*(See back cover)*

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le mercredi 5 novembre 2003

---

**Fascicule n° 26**

**Première et dernière réunion concernant:**

Le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi sur  
la pension de retraite des Forces canadiennes  
et d'autres lois en conséquence

**Première et dernière réunion concernant:**

Le projet de loi C-50, Loi modifiant la législation  
relative aux avantages pour les anciens combattants  
et les enfants des anciens combattants décédés

---

**Y COMPRIS:**

LE QUATORZIÈME RAPPORT (santé publique)  
LE QUINZIÈME RAPPORT (projet de loi C-37)  
LE SEIZIÈME RAPPORT (projet de loi C-50)

---

**TÉMOINS:**

*(Voir à l'endos)*



THE STANDING SENATE COMMITTEE  
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE  
AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to rule 86(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell was substituted for that of the Honourable Senator Cook (November 5, 2003).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT  
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES  
ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité:*

Conformément à l'article 86(4) du Règlement du Sénat, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (le 5 novembre 2003).



**ORDERS OF REFERENCE**

Extract of the *Journals of the Senate*, Monday, October 27, 2003:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Wiebe, seconded by the Honourable Senator Maheu, for the second reading of Bill C-37, An Act to amend the Canadian Forces Superannuation Act and to make consequential amendments to other Acts.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Wiebe moved, seconded by the Honourable Senator Banks, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

---

Extract of the *Journals of the Senate*, Wednesday, October 29, 2003:

Second reading of Bill C-50, An Act to amend the statute law in respect of benefits for veterans and the children of deceased veterans.

The Honourable Senator Cordy moved, seconded by the Honourable Senator Finnerty, that the Bill be read the second time.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Cordy moved, seconded by the Honourable Senator Harb, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

**ORDRES DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du lundi 27 octobre 2003:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Wiebe, appuyée par l'honorable sénateur Maheu, tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes et d'autres lois en conséquence.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Wiebe propose, appuyé par l'honorable sénateur Banks, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

---

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 29 octobre 2003:

Deuxième lecture du projet de loi C-50, Loi modifiant la législation relative aux avantages pour les anciens combattants et les enfants des anciens combattants décédés.

L'honorable sénateur Cordy propose, appuyée par l'honorable sénateur Finnerty, que le projet de loi soit lu la deuxième fois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Cordy propose, appuyé par l'honorable sénateur Harb, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, November 5, 2003  
(39)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:12 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Robertson, Roche and Trenholme Counsell (11).

*Other senator present:* The Honourable Senator Wiebe (1).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Michel Rossignol.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Monday, October 27, 2003, the committee began its study on Bill C-37, An Act to amend the Canadian Forces Superannuation Act and to make consequential amendments to other Acts.

### WITNESSES:

*From the Department of National Defence:*

Colonel Linda J. Colwell, Director General, Compensation and Benefits;

Lieutenant-Colonel Claude Rochette, project Director, Canadian Forces, Pension Modernization Project.

Colonel Linda Colwell made a presentation and answered questions with Lieutenant-Colonel Claude Rochette.

The Honourable Senator LeBreton moved, — That the Committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill C-37 and report the Bill without amendments.

The question being put on the motion, it was adopted.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, October 29, 2003, the committee began its study on Bill C-50, An Act to amend the statute law in respect of benefits for veterans and the children of deceased veterans.

### WITNESSES:

*From the Department of Veterans Affairs Canada:*

Mr. Don Wilson, Acting Director, Program Policy Directorate, Program and Service Policy Division;

Mr. Bryson Guptill, Director, Service and Program Modernization Task Force.

Mr. Bryson Guptill made a presentation and answered questions.

At 4:53 p.m., Senator LeBreton assumed the Chair.

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 5 novembre 2003  
(39)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Robertson, Roche et Trenholme Counsell (11).

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Wiebe (1).

*Également présent:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Michel Rossignol.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 27 octobre 2003, le comité examine le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes et d'autres lois en conséquences.

### TÉMOINS:

*Du ministère de la Défense nationale:*

Le colonel Linda J. Colwell, directrice générale, Rémunération et avantages sociaux;

Le lieutenant-colonel Claude Rochette, directeur de projet, Modernisation de la pension de retraite des Forces canadiennes.

Le colonel Linda Colwell fait une déclaration et, de concert avec le lieutenant-colonel Claude Rochette, répond aux questions.

L'honorable sénateur LeBreton propose — Que le comité soit dispensé d'examiner le projet de loi C-37 article par article et qu'il fasse rapport sans amendement.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 29 octobre 2003, le comité examine le projet de loi C-50, Loi modifiant la législation relative aux avantages pour les anciens combattants et les enfants des anciens combattants décédés.

### TÉMOINS:

*Du ministère des Anciens combattants du Canada:*

M. Don Wilson, directeur intérimaire, Direction de la politique sur les programmes, Direction générale des politiques sur les programmes et le service;

M. Bryson Guptill, directeur, Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes.

M. Bryson Guptill fait une déclaration et répond aux questions.

À 16 h 53, le sénateur LeBreton occupe le fauteuil.



The Honourable Senator Roche moved, — That the Committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill C-50 and report the Bill without amendments.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Cordy moved, — That the transcript from the September 24, 2003 fact-finding meeting be tabled and that it be published as an appendix in the committee proceedings. (Exhibit 5900-S2-SS-5-9-2)

The question being put on the motion, it was adopted.

At 5:03 p.m., the committee proceeded in camera pursuant to rule 92(2)(f) to discuss a draft report of the committee.

It was agreed to append some observations to the report.

At 5:10 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:*

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

L'honorable sénateur Roche propose — Que le comité soit dispensé d'examiner le projet de loi C-50 article par article et qu'il en fasse rapport sans amendement.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Cordy propose — Que la transcription des délibérations de la réunion d'information du 24 septembre 2003 soit déposée comme pièce justificative (pièce 5900-S2-SS-5-9-2).

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 17 h 03, le comité se réunit à huis clos, conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, afin d'examiner un projet de rapport.

Il est convenu d'annexer des observations au rapport.

À 17 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

## REPORTS OF THE COMMITTEE

Wednesday, November 5, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

## FOURTEENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, June 19, 2003 to examine and report on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease, now tables its final report entitled *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act*.

Respectfully submitted,

*Le président,*

MICHAEL KIRBY

*Chair*

*(Text of the report appears at the end of this Issue following the exhibit)*

---

Wednesday, November 5, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

## FIFTEENTH REPORT

Your committee, to which was referred Bill C-37, *An Act to amend the Canadian Forces Superannuation Act and to make consequential amendments to other Acts*, has, in obedience to the Order of Reference of Monday, October 27, 2003, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Wednesday, November 5, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

## SIXTEENTH REPORT

Your committee, to which was referred Bill C-50, *An Act to amend statute law in respect of benefits for veterans and the children of deceased veterans*, has, in obedience to the Order of Reference of Wednesday, October 29, 2003, examined the said Bill and now reports the same without amendment

## RAPPORTS DU COMITÉ

Le mercredi 5 novembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

## QUATORZIÈME RAPPORT

Votre Comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 19 juin 2003 à étudier et à faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires d'épidémies infectieuses, dépose maintenant son rapport intitulé *Réforme de la protection et de la promotion de la santé du Canada: Le temps d'agir*.

Respectueusement soumis,

*(Le texte du rapport paraît à la fin de ce fascicule après la pièce justificative)*

---

Le mercredi 5 novembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

## QUINZIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi C-37, *Loi modifiant la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes et d'autres lois en conséquence*, a, conformément à l'ordre de renvoi du lundi 27 octobre 2003, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le mercredi 5 novembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

## SEIZIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi C-50, *Loi modifiant la législation relative aux avantages pour les anciens combattants et les enfants des anciens combattants décédés*, a, conformément à l'ordre de renvoi du mercredi 29 octobre 2003, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.



Your committee appends to this report certain observations on the Bill.

Respectfully submitted,

Votre Comité joint à ce rapport certaines observations au sujet du projet de loi.

Respectueusement soumis,

*Pour le président,*

JANE CORDY

*For the Chair*

#### APPENDIX TO THE SIXTEENTH REPORT

Bill C-50, An Act to amend statute law in respect of benefits for veterans and the children of deceased veterans

Observations of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

#### OBSERVATIONS

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology supports the decision of Veterans Affairs Canada to extend the Veterans Independence Program (VIP) benefits provided to surviving spouses of Veterans who were in receipt of such benefits at the time of their death from one year to a lifetime.

The members of the Committee do unanimously agree that the Government should take all possible means to provide lifetime VIP benefits to all qualified surviving spouses of Veterans receiving such benefits at the time of their death and not just to those now eligible for such benefits following the amendments made in June 2003 to the Veterans Health Care Regulations.

#### ANNEXE AU SEIZIÈME RAPPORT

Projet de loi C-50, Loi modifiant la législation relative aux avantages pour les anciens combattants et les enfants des anciens combattants décédés

Observations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

#### OBSERVATIONS

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie appuie la décision d'Anciens Combattants Canada de porter d'une année à la vie entière les avantages conférés par le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) aux conjoints survivants des anciens combattants qui jouissaient de ces avantages au moment de leur décès.

Les membres du Comité conviennent à l'unanimité que le gouvernement devrait prendre tous les moyens possibles pour accorder les avantages à vie du PAAC à tous les conjoints survivants admissibles des anciens combattants qui jouissaient de ces avantages au moment de leur décès et non seulement à ceux qui y ont droit présentement depuis que le Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants a été modifié en juin 2003.

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, November 5, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-37, to amend the Canadian Forces Superannuation Act and to make consequential amendments to other acts; and Bill C-50, to amend the statute law in respect of benefits for veterans and the children of deceased veterans, met this day at 4:12 p.m. to give consideration to the bills.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we have Colonel Colwell and Lieutenant Colonel Rochett from DND with us today. I understand Col. Colwell will make the comments to the committee.

Please proceed.

**Colonel Linda J. Colwell, Director General Compensation and Benefits, Department of National Defence:** Honourable senators, I do appreciate the opportunity to make some introductory remarks about the proposed bill C-37, an act to amend the Canadian Forces Superannuation Act and to make consequential amendment to other acts.

[*Translation*]

First of all, my duties as Director General, Compensation and Benefits, consist primarily of drafting policies in support of the operational role and requirements of the Department of National Defence and the Canadian Forces. These policies must also take into account the working conditions and circumstances of Canadian Forces members and the value of their work.

The fundamental goal of the proposed modernization scheme is to implement a pension plan that is fair for Canadian Forces members and, at the same time, flexible and affordable enough to meet current and future needs. I must emphasize that the proposed plan would apply to all CF members, that is to the 62,000 members of the Regular Force, and to the 33,000 members of the Reserve Force.

Bill C-37 proposes a number of amendments. It calls for the introduction of regulations with a view to extending to members of the Reserve Force who serve for extended periods of time the same pension arrangements as enjoyed by members of the Regular Force. These changes would be in addition to those announced under the 1999 pension reform proposal which provided pension arrangements under regulations for Reservists.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 novembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, à qui a été renvoyé le projet & de loi C-37, Loi modifiant la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes et d'autres lois en conséquence, et le projet de loi C-50, Loi modifiant la législation relative aux avantages pour les anciens combattants et les enfants des anciens combattants décédés, se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, pour en étudier la teneur.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous accueillons aujourd'hui le colonel Colwell et le lieutenant-colonel Rochette du MDN. Je crois comprendre que c'est le colonel Colwell qui va faire une déclaration.

La parole est à vous.

**Le colonel Linda J. Colwell, directrice générale, Rémunération et avantages sociaux, ministère de la Défense nationale:** Honorables sénateurs, je suis heureuse d'avoir l'occasion de vous expliquer brièvement le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes et d'autres lois en conséquence.

[*Français*]

J'aimerais d'abord vous indiquer que l'objectif principal de mes fonctions à titre de directrice générale de la rémunération et des avantages sociaux consiste à élaborer des politiques qui appuient le rôle et les exigences opérationnels du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes. Ces politiques doivent également tenir compte des conditions et des circonstances du travail effectué par les membres des Forces canadiennes et de la valeur de celui-ci.

L'objectif fondamental du projet de modernisation du régime de retraite est la mise en œuvre d'un régime de pension qui soit à la fois équitable pour les membres des Forces canadiennes et suffisamment souple et abordable pour répondre à leurs besoins actuels et futurs. Je dois préciser que le régime proposé s'appliquerait à l'ensemble de l'effectif des Forces canadiennes, c'est-à-dire aux 62 000 membres de la force régulière et aux 33 000 membres de la force de réserve.

Voici certaines des modifications proposées dans le projet de loi C-37. Un pouvoir de réglementation visant à accorder aux réservistes, qui servent à temps plein pendant une période prolongée, les mêmes droits qu'à leurs collègues de la force régulière en ce qui concerne le régime de pension. Ce pouvoir s'ajoute à celui prévu dans le cadre des réformes de pensions de 1999, où l'on prévoyait un régime de pension assujéti à un règlement pour la force de réserve.



Bill C-37 provides for the introduction of regulations to deal with certain highly technical considerations, such as the conditions that apply for calculating pensionable service, referred to as "elective service" in the Canadian Forces Superannuation Act.

[English]

The proposed legislation also proposes a restructured benefit scheme with these elements:

A member's length of pensionable service will be used for the purpose of determining pension entitlements rather than the current process of basing entitlements on completion of specific periods of engagement in the regular force.

The shorter vesting period provided in the 1999 pension reform legislation is incorporated. Members with two or more years of pensionable service would be eligible for a pension-type benefit. Under the current act, the qualifying period in most instances is 10 years of pensionable regular force service.

A key new benefit is the availability of an immediate pension after 25 completed years of paid service as a member of the Canadian Forces.

Provision is made for immediate pensions in specified circumstances under a future force reduction program or other involuntary termination of service.

Members who leave the regular force with at least two years of pensionable service who do not fit into the above categories would be eligible for the same benefits on the same terms as is provided for in the Public Service Superannuation Act.

Members would be able to transfer the value of their earned pension credits into an external savings vehicle in prescribed circumstances.

The survivor benefit will provide an allowance payable to a qualified survivor or child of a serving member who, at death, had accumulated at least two years of pensionable service. Under the current act, the deceased member must have served at least five years in the regular force.

The continuity of school attendance requirement for the child's benefit has been removed.

[Translation]

In addition, a number of amendments have been proposed to improve the administration of the Act. Changes to the Act's structure which would consolidate current regulation-making authority into a single provision have been proposed.

The enactment also contains transitional provisions and makes consequential amendments, notably to provisions respecting the incorporation of active CF members with vested

Le projet de loi C-37 prévoit que certains points de nature très technique soient traités par la voie réglementaire. Un exemple est les conditions qui s'appliquent au calcul de la période de service passée ouvrant droit à pension, qu'on appelle «service accompagné d'option» dans la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes.

[Traduction]

Le projet de loi propose également un nouveau régime de prestations dont les éléments sont les suivants:

L'admissibilité aux prestations dépendra désormais des années de service ouvrant droit à pension plutôt que des périodes d'engagement dans la force régulière.

La période d'admissibilité la plus courte proposée par la loi dans la réforme de 1999 est intégrée au régime. Ainsi, les membres ayant au moins deux années de service ouvrant droit à pension seraient admissibles à une pension de retraite. Actuellement, dans la plupart des cas, il faut compter 10 ans de service ouvrant droit à pension dans la force régulière pour être admissible.

L'octroi du droit à une indemnité immédiate pour les personnes qui ont accumulé 25 années de service rémunéré au sein des Forces canadiennes est une autre caractéristique importante de la mesure.

On prévoit aussi le versement d'une annuité immédiate dans des circonstances bien précises, si un futur programme de réduction des forces était mis en oeuvre ou qu'une autre forme de cessation involontaire du service survenait.

Les membres qui, à leur départ de la force régulière, comptent moins de deux ans de service ouvrant droit à pension et n'entrent dans aucune des catégories déjà mentionnées, auraient droit aux mêmes avantages et aux mêmes conditions que ceux prévus dans la Loi sur la pension dans la fonction publique.

Les membres pourraient transférer la valeur de leurs crédits de pension accumulés dans un régime d'épargne extérieur dans certains cas.

La prestation au survivant accordera une indemnité au survivant admissible ou aux enfants d'un militaire actif qui, au moment de son décès, a accumulé au moins deux années de service ouvrant droit à pension. En vertu de la loi actuelle, le militaire décédé doit avoir accumulé au moins cinq ans de service dans la force régulière.

La condition exigeant que les enfants poursuivent des études pour toucher la prestation a été supprimée.

[Français]

De plus, un certain nombre de points ont été proposés afin de rendre l'administration de la loi plus efficace. Des améliorations ont été apportées à la structure de la loi permettant le recrutement des pouvoirs de réglementation actuels dans un seul article.

Les modifications portent également sur des questions transitoires et découlant des modifications apportées, notamment sur les dispositions relatives à l'incorporation des

rights or grandfather protection. For example, under certain circumstances, active members could ask to have their pension benefits calculated under existing regulations, rather than under the new ones.

[English]

There are consequential and coordinating amendments to other statutes. These include putting authority into the Public Service Superannuation Act and the Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act to adapt those two pension plans to the new Canadian Forces rules.

The clauses of the proposed bill are to come into force on dates fixed by the Governor in Council. This allows time to develop the supporting regulations and the necessary administrative systems and other infrastructure.

[Translation]

It would undoubtedly be useful for me to comment on the regulation-making authority provided for in this enactment. Some people harbour misconceptions about the importance of the proposed regulation-making authority provisions in the bill. In truth, this authority already largely exists. For example, clause 23 of the bill, which covers approximately three pages, aims almost solely to consolidate existing provisions.

[English]

Parliament has often, in the past, approved a framework approach in the three major superannuation acts: the Public Service, RCMP and Canadian Forces Superannuation Acts. Under such framework, the basic principles are set out in the statute, but the necessary operational details are left to regulation. Thus, even without the amendments in the proposed bill, there is already extensive regulation-making authority under the CFSA, including a significant range of new powers under the 1999 pension reform legislation.

Concerns have been expressed that Canadian Forces members may not be aware of changes being made by regulation. The Canadian Forces Superannuation Act already provides for an advisory committee made up of representatives of serving members of the regular and reserve forces, and pensioners. The committee was consulted throughout the development of the modernization proposals and gave firm direction on communications with plan members for both information and feedback. Given its legislated mandate and representational duties, one must conclude that the committee will continue to give strong direction for any changes to be made by regulation in accordance with the proposed bill and to ensure that members are fully aware of changes proposed.

My remarks are obviously a very general summary of the proposed amendments. However, with me is Lt.-Colonel Claude Rochette, Director of the Canadian Forces, Pension Modernization Project, who is very familiar with the proposed

militaires actifs ayant des droits acquis ou les articles grands-pères. Par exemple, dans des circonstances particulières, les membres actifs pourraient demander que leurs prestations soient calculées en fonction des règlements actuels plutôt que des nouveaux règlements.

[Traduction]

Des dispositions corrélatives à d'autres lois sont prévues, entre autres pour adapter les deux régimes de pension établis par la Loi sur la pension dans la fonction publique et la Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada aux nouvelles règles des Forces canadiennes.

Le projet de loi doit entrer en vigueur aux dates fixées par le gouverneur en conseil, pour donner le temps de rédiger les règlements connexes et d'établir les systèmes administratifs et les autres services nécessaires.

[Français]

Il serait sans doute utile que je fasse certains commentaires sur les pouvoirs réglementaires aux termes de la loi. Je crois que certains se font des fausses idées en ce qui a trait à l'importance des pouvoirs réglementaires proposés dans le projet de loi. En fait, ces pouvoirs existent déjà en bonne partie. Par exemple, l'article 23 du projet de loi, qui occupe environ trois pages, vise presque uniquement à regrouper les dispositions actuelles.

[Traduction]

Par le passé, le Parlement a souvent approuvé une approche-cadre pour les trois grandes lois sur la pension, c'est-à-dire la Loi sur la pension de la fonction publique, la Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada et la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes. En vertu de ce cadre, les principes de base sont énoncés dans la loi, mais les modalités de fonctionnement sont précisées dans le règlement. Ainsi, même sans le projet de loi, la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes accorde déjà un pouvoir de réglementation étendu, dont toute une série importante de nouveaux pouvoirs consentis dans le cadre de la réforme des pensions de 1999.

On a dit craindre que les membres des Forces canadiennes ne soient peut-être pas au courant des changements apportés par voie de règlement. La Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes crée déjà un comité consultatif composé de représentants des membres actifs de la force régulière et de la force de réserve ainsi que de retraités. Le comité a été consulté à toutes les étapes de la modernisation proposée et il a donné des consignes claires sur les informations à fournir aux membres du régime et à obtenir d'eux. On peut s'attendre à ce que le comité, compte tenu du mandat et des fonctions de représentation que la loi lui confère, va continuer de donner des directives précises sur les modifications à effectuer par voie de règlement conformément au projet de loi et qu'il va s'assurer que les membres sont bien renseignés sur la question.

Je vous brosse évidemment un aperçu très général des modifications proposées. Cependant, je suis en compagnie du lieutenant-colonel Claude Rochette, directeur du projet de modernisation de la pension de retraite des Forces canadiennes,



changes, the reasons for them and the technical aspects of the proposals. We would be pleased to answer any questions honourable senators may have.

**Senator Callbeck:** Colonel Colwell, you spoke about an advisory committee. You said that in future they would be consulted and so they would still be involved. Is that in the proposed legislation or is that in the regulations?

**Colonel Colwell:** The requirement for the Canadian Forces Superannuation Act advisory committee is found in current legislation under section 49.1.

**Senator Callbeck:** What is the role of the committee?

**Colonel Colwell:** The committee is established under legislation to consult on Canadian forces pension issues and to advise the minister with respect to changes or requirements in the good management of that pension plan.

**Senator Callbeck:** Is this advisory committee in agreement with all the changes that are being made or with the amendments to the legislation?

**Colonel Colwell:** Absolutely.

**Senator Callbeck:** Do these amendments mean that the armed forces will have the same pension as the RCMP and the public service in respect of the framework?

**Colonel Colwell:** The framework will be similar. One of our objectives was to ensure that our Canadian forces pension is as comparable as possible with the Public Service Superannuation Act.

**Senator Robertson:** First, let me congratulate you on this proposed legislation because it is needed and it will be good legislation.

I want to be certain of my statistics after studying the proposed bill and listening to the debate in the chamber.

I believe that the pensions of 50,000 members of the regular force and 28,000 members of the reserve force will be affected; is that correct?

**Colonel Colwell:** That is correct, except that right now we have 62,000 regular force members and 33,000 reserve force members.

**Senator Robertson:** Will the long-term, full-time reservists have the equivalent pension arrangements as the regular force members?

**Colonel Colwell:** Yes, the full-time people will have the same kind of pension plan.

**Senator Robertson:** I also understand that you have laid the groundwork for a pension plan for part-time reservists. Is that correct?

**Colonel Colwell:** That is correct.

**Senator Robertson:** After two years, pensions vest and credits will be portable. Is that correct?

**Colonel Colwell:** That is correct.

qui connaît très bien les changements proposés, leur raison d'être et leurs aspects techniques, et c'est avec plaisir que nous répondrons aux questions que vous voudrez bien nous poser.

**Le sénateur Callbeck:** Colonel Colwell, vous avez parlé d'un comité consultatif. Vous avez dit qu'il allait être consulté et donc, mis à contribution. Est-ce prévu dans le projet de loi ou dans le règlement?

**Le colonel Colwell:** Le comité consultatif est établi en vertu de l'article 49.1 de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes actuellement en vigueur.

**Le sénateur Callbeck:** Quel est son rôle?

**Le colonel Colwell:** Le comité est créé en vertu de la loi pour consulter sur les questions liées à la pension de retraite des Forces canadiennes et pour conseiller le ministre au sujet des changements à apporter ou des exigences à respecter pour assurer la bonne gestion du régime de retraite.

**Le sénateur Callbeck:** Est-ce que le comité consultatif est en accord avec tous les changements apportés ou les modifications proposées dans le projet de loi?

**Le colonel Colwell:** Tout à fait.

**Le sénateur Callbeck:** Est-ce que ces modifications supposent que les forces armées auront le même régime de pension que la GRC et la fonction publique, quant au cadre?

**Le colonel Colwell:** Le cadre est le même. Un de nos objectifs est d'assurer que la pension des Forces canadiennes se compare le plus possible à ce que prévoit la Loi sur la pension de la fonction publique.

**Le sénateur Robertson:** J'aimerais d'abord vous féliciter pour le projet de loi parce qu'il est nécessaire et que ce sera une mesure profitable.

Je veux confirmer les chiffres que j'ai notés quand j'ai étudié le projet de loi et écouté le débat à la Chambre.

Je crois comprendre que ce sont les pensions de retraite de 50 000 membres de la force régulière et de 28 000 membres de la force de réserve qui vont être touchées; est-ce exact?

**Le colonel Colwell:** Oui, sauf que nous comptons actuellement 62 000 membres au sein de la force régulière et 33 000 au sein de la force de réserve.

**Le sénateur Robertson:** Est-ce que les réservistes permanents à temps plein ont des modalités de pension équivalentes à celles des membres de la force régulière?

**Le colonel Colwell:** Oui, les employés à temps plein ont droit au même régime de pension.

**Le sénateur Robertson:** Je crois également comprendre que vous avez jeté les bases d'un régime de pension pour les réservistes à temps partiel. Est-ce exact?

**Le colonel Colwell:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Après deux ans, les crédits de pension seront transférables, n'est-ce pas?

**Le colonel Colwell:** Oui.

**Senator Keon:** Would you please tell me whether a young woman or young man could join the forces at the age of 16 or 18?

**Colonel Colwell:** I believe it is 18 but a younger person may be able to join with his or her parents' consent.

**Senator Keon:** I understand that this plan would allow such an individual to pursue a second career at age 43; is that correct?

**Colonel Colwell:** That is correct.

**Senator Keon:** What financial benefit would there be if they remained in the force after the age of 43?

**Colonel Colwell:** The pension is always based on the best five years of service. Obviously, we hope that pay would continue to increase with inflation. The best five years would always improve the pension. There is also the career advancement, although this does not dealt with in the bill. From my perspective, a career in the Canadian Forces is certainly something to be pursued.

**Senator Keon:** In some of the other professions, the pension plans almost encourage people to change professions. They leave at a relatively young age with about 60 per cent of their salary in pension amounts. They are young enough to move into another profession and, of course, it is a financial benefit.

Is there a built-in mechanism to make it more attractive or much more attractive for people to stay in the forces?

Obviously, you would have a considerable brain drain, would you not, if you were losing people at the age of 45, which is often at the peak of some people's careers?

**Colonel Colwell:** For the most part, yes. However, we do have to maintain a relatively young age in the Canadian forces because of the exigencies of the service that we demand. The life of an infantry person is certainly one to be pursued but it is physically demanding activity. Thus, we have the balance between a physically demanding career and being able to leave with a successful career to start a new career.

At 2 per cent per year over 25 years, one would receive a 50 per cent pension. Members in other trades or classifications and especially those in the higher leadership positions are encouraged to continue so that we are able to maintain our intellectual capital, so to speak.

**Senator Keon:** That is a good point. You are quite right.

**The Chairman:** Is the pension 2 per cent per year multiplied by the number of years? In that way, when you serve 30 or 35 years, you receive 60 per cent or 70 per cent.

**Colonel Colwell:** It would be 60 per cent or 70 per cent of your best five years.

**Le sénateur Keon:** Pourriez-vous me dire si une jeune femme ou un jeune homme peut entrer dans les forces à l'âge de 16 ou 18 ans?

**Le colonel Colwell:** Je crois qu'on peut entrer dans les forces à l'âge de 18 ans, mais que c'est possible de le faire plus jeune avec le consentement des parents.

**Le sénateur Keon:** Je pense que le régime permettrait alors à une personne entrée très jeune dans les forces d'entreprendre une deuxième carrière à 43 ans, n'est-ce pas?

**Le colonel Colwell:** Oui.

**Le sénateur Keon:** Quel avantage financier y aurait-il à rester dans les forces après l'âge de 43 ans?

**Le colonel Colwell:** La pension est toujours calculée en fonction des cinq meilleures années de rémunération. Comme, évidemment, on espère que le salaire va continuer d'augmenter avec l'inflation, les cinq meilleures années de rémunération vont faire majorer le montant des prestations de retraite. Il y a aussi l'avancement professionnel, mais il n'en est pas question dans le projet de loi. À mon avis, il est sûrement intéressant de poursuivre une carrière dans les Forces canadiennes.

**Le sénateur Keon:** Dans certaines autres disciplines, les régimes de pension encouragent presque les gens à changer de métier. Ils partent assez jeunes avec des prestations de retraite équivalant à 60 p. 100 de leur salaire. Ils peuvent entreprendre une autre carrière et, bien sûr, c'est avantageux financièrement.

Existe-t-il des mesures vraiment intéressantes pour inciter les gens à rester dans les forces?

Les forces sont victimes d'un exode important des cerveaux, n'est-ce pas, si les gens partent à l'âge de 45 ans, c'est-à-dire souvent au sommet de leur carrière?

**Le colonel Colwell:** Dans l'ensemble, oui. Cependant, il faut que les membres des Forces canadiennes soient assez jeunes en raison des exigences du service. La carrière d'un militaire d'infanterie est sûrement intéressante, mais elle est exigeante physiquement. Nous concilions donc le fait de poursuivre une carrière exigeante physiquement avec le fait de mettre fin à une carrière bien remplie pour en entreprendre une autre.

À raison de 2 p. 100 par année pendant 25 ans, la pension équivaut à 50 p. 100 du salaire. On encourage les membres qui travaillent dans d'autres métiers ou domaines, et surtout ceux qui occupent des postes dans la haute direction à rester au sein des forces pour pouvoir maintenir notre capital intellectuel, pour ainsi dire.

**Le sénateur Keon:** C'est une bonne idée, vous avez tout à fait raison.

**Le président:** Est-ce que le 2 p. 100 de pension par année est multiplié par le nombre d'années? De cette façon, quand vous travaillez 30 ou 35 ans, vous touchez 60 ou 70 p. 100 de votre salaire.

**Le colonel Colwell:** Vous toucheriez 60 ou 70 p. 100 de vos cinq meilleures années de rémunération.



**The Chairman:** About one decade ago, this committee dealt with a bill in respect of how public service pension assets are divided in the event of divorce. Have those regulations, which apply to the Public Service Superannuation Act, been carried over to this proposed bill?

**Colonel Colwell:** I believe those regulations were in the Pensions Divisions Act.

**The Chairman:** They were. Is this one of the pensions covered by that act?

**Colonel Colwell:** Yes.

**The Chairman:** We had a number of witnesses from the public service but we did not have any representations from the military at the time.

**Senator Trenholme Counsell:** I would like an explanation on the portability issue. Does this proposed legislation provide for enhancement from one type of service to another?

Is there portability within, for instance, the government service, military, and RCMP?

Is there a portability factor or is it strictly military?

**Colonel Colwell:** I would ask Lt.-Colonel Rochette to address that portability issue.

**Lieutenant-Colonel Claude Rochette, Project Director, Canadian Forces, Pension Modernization Project, Department of National Defence:** Honourable senators, we have introduced a committed value or transfer value of pensions. Currently we do not have access to a transfer value. Any current members of the forces can transfer their credits to the RCMP or to the public service. With the introduction of transfer value, which is the value of the accrued pension, members could transfer that to another employer.

**The Chairman:** Honourable senators, I am happy to entertain a motion to report the proposed bill back to the Senate without amendment.

Are there any objections?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** For your information, we will report that back tomorrow. Thank you.

Honourable senators, the next bill before us is Bill C-50, to amend the statute law in respect of benefits of veterans and the children of deceased veterans.

We have from the Department of Veterans Affairs, Mr. Wilson and Mr. Guptill. I understand Mr. Guptill will do the presentation.

**Le président:** Il y a une dizaine d'années, le comité a examiné un projet de loi sur le partage des avoirs de retraite dans la fonction publique en cas de divorce. Est-ce que ces mesures, qui s'appliquent à la Loi sur la pension de la fonction publique, touchent le projet de loi à l'étude?

**Le colonel Colwell:** Je crois qu'il s'agit du règlement de la Loi sur le partage des prestations de retraite.

**Le président:** Oui. Est-ce que ces mesures sont visées par la loi à l'étude?

**Le colonel Colwell:** Oui.

**Le président:** De nombreux représentants de la fonction publique étaient venus témoigner devant nous, mais aucun représentant des forces armées.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** J'aimerais avoir des explications sur le transfert de pension. Le projet de loi prévoit-il des améliorations pour le transfert d'un type de service à l'autre?

Le transfert est-il possible au sein, par exemple, de la fonction publique, des forces armées et de la GRC?

Y a-t-il possibilité de transfert ou est-ce strictement pour les militaires?

**Le colonel Colwell:** J'aimerais demander au lieutenant-colonel Rochette de répondre à cette question.

**Le lieutenant-colonel Claude Rochette, directeur de projet, Modernisation de la pension de retraite des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale:** Honorables sénateurs, nous avons proposé une valeur de transfert des pensions. Actuellement, il n'y en a pas. Les membres des forces armées peuvent transférer leurs crédits dans le régime de la GRC ou celui de la fonction publique. La valeur de transfert qui est proposée, et qui correspond à la valeur des crédits de pension accumulés, permettrait aux membres de transférer leur régime dans celui d'un autre employeur.

**Le président:** Honorables sénateurs, je suis heureux d'accueillir une motion qui propose de faire rapport du projet de loi au Sénat sans amendement.

Y a-t-il des objections?

**Des voix:** Adopté.

**Le président:** Je vous signale que nous allons en faire rapport demain.

Honorables sénateurs, nous passons maintenant à l'étude du projet de loi C-50, Loi modifiant la législation relative aux avantages pour les anciens combattants et les enfants des anciens combattants décédés.

Nous accueillons MM. Wilson et Guptill, du ministère des Anciens combattants. Je pense que ce sera M. Guptill qui va faire une déclaration.

**Mr. Bryson Guptill, Director, Service and Program Modernization Task Force, Department of Veterans Affairs Canada:** Honourable senators, it is a great pleasure to be here today and to see many of the honourable senators who are from the East Coast, in particular, Senator Callbeck with whom I worked before in a different movie. Good to see you, senator.

Bill C-50 is proposed legislation that addresses the needs of two quite different sets of clients: Our war era veterans, and particularly prisoners of war; and the educational needs of the children of veterans who may be killed in the line of duty. The proposed legislation speaks to both the past and to the future.

The dangers for the 21st century service life are becoming self-evident by the nature of the duty we place upon our military personnel. Whether we ask them to fight fires or floods on the home front or serve abroad in any one of a number of troubled places around the world, it is not until we get a sudden loss of life in a conflict, as we did just recently in Afghanistan, that we are immediately brought up short by the deadly danger these men and women face on almost a daily basis.

In providing disability pensions, health care and related programs to these men and women, we also offer them, and their families, perhaps some peace of mind by ensuring that our legislation is as comprehensive as possible. When it comes to the welfare of their families, peace of mind for those deploying is surely no small thing.

That is why, in the year 2000, we amended the Pension Act so that disability pension benefits would be available to eligible regular force members while they are still serving, regardless of their site of service. Earlier this year, Bill C-31 further amended the act to provide more extensive coverage to members of the forces exposed to elevated risk overseas, or within Canada, on an around-the-clock basis. We appeared before your committee several months ago, honourable senators, to give the details of that particular legislation.

That same sort of peace of mind is now offered by this proposed legislation, which considers the educational needs of the children of veterans. During your second reading deliberations on this matter, honourable senators have probably heard that, between 1953-95, the department administered the Children of Deceased Veterans Education Assistance Act. The act was administered through the Educational Assistance Program, which provided post-secondary educational assistance to children of veterans who died while on service or while in receipt of a disability pension at 48 per cent or greater.

The Education Assistance Program was discontinued in 1995, as it was found that other programs were available to assist students with educational costs. Veterans groups have made a persuasive case for the program's reinstatement and this proposed legislation does exactly that.

**M. Bryson Guptill, directeur, Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes, ministère des Anciens combattants du Canada:** Honorables sénateurs, je suis heureux d'être ici aujourd'hui et de voir autant de sénateurs originaires de la côte Est, en particulier le sénateur Callbeck, avec qui j'ai déjà travaillé. Je suis heureux de vous retrouver, sénateur.

Le projet de loi C-50 vise à répondre aux besoins de deux groupes de clients bien différents: d'une part, les anciens combattants qui ont fait la guerre, et en particulier les anciens prisonniers de guerre; et, d'autre part, les enfants des anciens combattants qui ont perdu la vie dans l'exercice de leurs fonctions, pour répondre à leurs besoins en matière d'éducation. Le projet de loi rejoint autant le passé que l'avenir.

Compte tenu de la nature des missions confiées aux membres du personnel militaire, nous pouvons facilement imaginer les dangers que le XXI<sup>e</sup> siècle leur réserve. Qu'il s'agisse de combattre des incendies ou des inondations ici même, au pays, ou de servir à l'étranger, dans l'un ou l'autre des nombreux endroits qui sont en proie à des troubles à travers le monde, ces hommes et ces femmes sont presque chaque jour menacés de mort, mais c'est seulement lorsque l'un d'eux perd soudain la vie dans un théâtre d'opérations, comme ce fut le cas récemment en Afghanistan, que cela nous frappe.

En leur offrant des pensions d'invalidité, des soins de santé et des programmes connexes et en faisant en sorte que nos lois les protègent le mieux possible, nous leur assurons, à eux ainsi qu'à leur famille, peut-être une certaine paix d'esprit. Le fait d'être rassurés quant au bien-être de leur famille est particulièrement important pour les militaires déployés.

C'est pourquoi, en l'an 2000, nous avons modifié la Loi sur les pensions afin que les membres de la force régulière admissibles puissent bénéficier de pensions d'invalidité pendant qu'ils sont toujours en service, peu importe à quel endroit ils se trouvent. Plus tôt cette année, le projet de loi C-31 a encore modifié la loi de manière à assurer une garantie plus étendue, et ininterrompue, aux membres des forces exposés à un risque élevé, à l'étranger comme au Canada. Nous avons d'ailleurs comparu devant votre comité il y a plusieurs mois pour vous expliquer ce projet de loi.

Le projet de loi à l'étude vise à assurer aux militaires une paix d'esprit équivalente pour ce qui est de l'éducation des enfants des anciens combattants. Lorsque vous avez discuté du présent projet de loi à l'étape de la deuxième lecture, vous avez probablement appris que le ministère a fait appliquer la Loi sur l'aide en matière d'éducation aux enfants des anciens combattants décédés entre 1953 et 1995. La loi régissait le Programme d'aide à l'éducation qui finançait, à raison de 48 p. 100 ou plus, les études postsecondaires des enfants d'anciens combattants morts en service ou qui touchaient une pension d'invalidité.

Le Programme d'aide à l'éducation a été aboli en 1995, car on considérait qu'il existait d'autres programmes d'aide financière pour les étudiants. Des groupes d'anciens combattants ont réussi à nous convaincre de rétablir le programme, et c'est exactement ce que propose le projet de loi à l'étude.



If passed, these changes improve upon the old program substantially. The allowable maximum tuition rate for current and future students is to be raised from \$1,500 to \$4,000 per academic year. This new amount better reflects the reality of the higher cost of post-secondary education. It is made more generous by the fact that the tuition amount is linked to the Consumer Price Index, which will allow that amount to increase, whereas in the past it was a fixed amount. In addition, we are raising the monthly allowance from the current approximately \$170 a month to \$300. This is also linked to the Consumer Price Index.

We are also taking measures for those who, during the eight-year interim when the program was cancelled, incurred education costs on their own. We will be taking a proactive approach in contacting the students and we are prepared to make lump-sum payments at the former rates to compensate them for at least some of their out-of-pocket tuition expenses. In that sense, the program is retroactive. I am sure this will be a welcome relief to those who might still have outstanding student loans.

When we reintroduced the 1995 measures, there were some individuals who were very appreciative of the assistance they received.

We are even covering those who did not attend a post-secondary school because perhaps the Education Assistance Program was cancelled. For those who now want to reconsider their education, they will be eligible for a maximum of four years of post-secondary assistance at the new rates. Eligible students can qualify for assistance up until their thirtieth birthday. There is a provision there for those folks as well.

The net result will be that, should this bill pass and be gazetted, the department will be able to pay increased tuition and allowance rates to some 35 students who are currently attending university or college. Most of these students are survivors of Canadian forces veterans who died in the 1980s and early 1990s, as a result of their military service. In addition, we will also be able to provide similar assistance to 15 former students because of this change in legislation. We have also contacted families whose children were too young to attend post-secondary institutions before 1995, when the program was discontinued. In this fiscal year we expect to make lump sum payment to about 45 former students.

While these numbers are not large in the global sense, they are rather sobering, nonetheless, when you factor in the number of children who were suddenly without a parent. That is a very important issue and an important perspective, given the risk that many of these folks face in deployments today.

Si elles sont adoptées, les modifications proposées vont apporter des améliorations importantes à l'ancien programme. Le montant maximal d'aide au paiement des frais de scolarité des étudiants actuels et futurs va passer de 1 500 \$ à 4 000 \$ par année scolaire. Le nouveau montant correspond mieux à la réalité actuelle et au coût élevé des études postsecondaires. Il est plus généreux du fait qu'il va pouvoir augmenter en fonction de l'indice des prix à la consommation, alors qu'il était fixe auparavant. Le montant des allocations mensuelles va lui aussi être majoré pour passer de 170 \$ par mois qu'il est aujourd'hui environ à 300 \$. Il tient aussi compte de l'indice des prix à la consommation.

Nous prenons également des mesures à l'égard des étudiants qui ont dû assumer eux-mêmes leurs frais de scolarité pendant les huit ans qui ont suivi l'abolition du programme. Nous avons donc décidé de prendre l'initiative de communiquer avec eux afin de leur offrir des montants forfaitaires calculés selon les anciens taux, dans le but de leur rembourser au moins une partie des frais de scolarité et des autres frais remboursables qu'ils ont dû acquitter. Dans ce sens, le programme est rétroactif. Je suis certain que cette mesure sera accueillie avec soulagement par ceux qui n'ont pas fini de rembourser leurs prêts étudiants.

Quand nous avons rétabli les mesures de 1995, il y en a qui ont beaucoup apprécié l'aide reçue.

Nous prévoyons même venir en aide à ceux qui n'ont pas fait d'études postsecondaires peut-être en raison de l'abolition du Programme d'aide à l'éducation. Ceux qui voudraient maintenant poursuivre des études postsecondaires auront ainsi droit à une aide calculée selon les nouveaux taux, pour une durée maximale de quatre ans. Les étudiants admissibles auront droit à cette aide jusqu'à leur 30<sup>e</sup> anniversaire de naissance. Ces personnes n'ont pas été oubliées.

En somme, si le projet de loi est adopté et publié dans la *Gazette du Canada*, le ministère pourra verser à quelque 35 étudiants actuellement inscrits à l'université ou au collège un montant d'aide au paiement des frais de scolarité et d'allocation à des taux accrus. La plupart de ces étudiants sont des survivants d'anciens combattants des Forces canadiennes décédés dans l'exercice de leurs fonctions dans les années 80 et au début des années 90. Les modifications proposées dans le projet de loi nous permettront aussi d'offrir une aide semblable à 15 anciens étudiants. Nous avons également communiqué avec les familles dont les enfants étaient trop jeunes pour fréquenter des établissements d'enseignement postsecondaire avant l'abolition du programme, en 1995. Nous prévoyons verser des montants forfaitaires à quelque 45 anciens étudiants au cours du présent exercice financier.

Dans l'ensemble, ces chiffres ne semblent pas très importants, mais ils portent néanmoins à réfléchir quand on considère qu'ils correspondent au nombre d'enfants qui ont soudainement perdu l'un de leurs parents. C'est très important compte tenu du risque auquel beaucoup de militaires en déploiement sont exposés.

I suggest that this part of the proposed bill speaks to the future, because the newly reinstated program will be a gift that keeps on giving. No matter when or where military men or women serve, the post-secondary education costs of their children will be taken care of if something tragic should happen.

I will now turn to the other major component of this legislation, namely, the measures that will be in effect to protect former prisoners of war. Prisoners of war legislation was first enacted in 1976 to compensate former prisoners of war for the indignities, maltreatment, malnutrition and permanent scars that resulted from their period of internment. Compensation is linked on a time-base scale. The scale reflects the total length of time a former prisoner of war was incarcerated, escaped from or evaded capture by the enemy and the power by which they were held. This, in turn, is linked to our disability pension scheme. The changes proposed in the proposed legislation enhance the current scale to benefit both shorter- and longer-term prisoners of war.

I should add that Canada is one of the few countries in the western world that actually offers compensation to prisoners of war. Our provisions are very generous indeed.

The legislation currently provides a differential coverage to prisoners of war, depending on whether they were Japanese POWs or European POWs. For both categories, and clause 8 is the applicable section here, we have created a new 5 per cent of basic disability pension for those who were incarcerated for a period between 30 and 88 days. Like other categories of disability payments, these amounts are indexed to the cost of living.

For the POWs of powers other than Japan, we have increased and added levels of compensation: from 25 per cent to 30 per cent of a basic disability pension for those who were prisoners of war between 911 to 1,275 days; from 25 per cent to 35 per cent for periods between 1,276 to 1,641 days; and from 25 per cent to 40 per cent for periods totalling at least 1,642 days of imprisonment.

Honourable senators would know that the experience of POWs in Japan was often even more tragic than POWs in Europe. When this program was brought into place in 1976, the scale was adjusted to give higher levels of compensation to Japanese prisoners of war, because of the serious health consequences many of them suffered at the hands of the Japanese during World War II.

This additional compensation will most benefit Dieppe POWs, many of whom were incarcerated from 911 to 1,275 days, and merchant navy POWs, who were often incarcerated for even longer periods of time.

Je crois que cette partie du projet de loi est tournée vers l'avenir, parce que le rétablissement du programme va profiter aux générations futures. Les hommes et les femmes membres des forces armées sauront que les frais liés aux études postsecondaires de leurs enfants seront pris en charge si jamais un incident tragique survenait dans l'exercice de leurs fonctions, peu importe où et quand.

Je vais maintenant vous parler de l'autre aspect important du projet de loi, c'est-à-dire des mesures qui concernent les anciens prisonniers de guerre. La première loi relative aux prisonniers de guerre a été adoptée en 1976 afin de les indemniser pour les outrages et les sévices subis, la malnutrition dont ils ont souffert et les séquelles permanentes que l'incarcération leur a laissées. Les indemnités sont fixées en fonction d'une échelle qui tient compte de la durée totale de la période pendant laquelle les anciens prisonniers de guerre ont été incarcérés, ou pendant laquelle ils ont fui ou tenté d'éviter d'être capturés par l'ennemi, et du pays qui les a faits prisonniers. Les résultats ainsi obtenus sont ensuite rattachés au régime de pension d'invalidité du ministère. Les modifications proposées dans le projet de loi bonifient l'échelle actuelle pour les militaires qui ont été faits prisonniers pendant des périodes très courtes ou très longues.

J'aimerais ajouter que le Canada est l'un des rares pays en Occident à offrir des indemnités à ses prisonniers de guerre, des indemnités d'ailleurs très généreuses.

La loi actuellement en vigueur offre une protection différente aux prisonniers de guerre selon qu'ils ont été capturés par les Japonais ou des Européens. Nous avons établi, et c'est de l'article 8 du projet de loi dont il est question ici, une nouvelle indemnité égale à 5 p. 100 de la pension d'invalidité de base à l'intention des prisonniers de ces deux catégories ayant été incarcérés pendant 30 à 80 jours. Comme pour les autres genres de prestation d'invalidité, cette indemnité est indexée au coût de la vie.

Pour les prisonniers de guerre capturés par d'autres pays que le Japon, nous avons augmenté les niveaux d'indemnité et nous en avons ajouté de nouveaux. Le projet de loi prévoit une indemnité allant de 25 à 30 p. 100 de la pension d'invalidité de base pour les prisonniers de guerre dont la période de captivité a duré entre 911 et 1 275 jours, une indemnité allant de 25 à 35 p. 100 pour les périodes de captivité variant entre 1 276 et 1 641 jours, et une indemnité allant de 25 à 40 p. 100 pour les périodes totalisant au moins 1 642 jours d'emprisonnement.

Les sénateurs savent que les prisonniers de guerre du Japon ont vécu des moments plus tragiques que ceux qui ont été faits prisonniers en Europe. Quand le programme a été établi en 1976, on a prévu des niveaux d'indemnisation plus élevés pour les prisonniers de guerre du Japon pendant la Seconde Guerre mondiale, en raison des graves problèmes de santé que beaucoup d'entre eux ont connus.

Ces indemnités supplémentaires profiteront surtout aux prisonniers de guerre capturés pendant la bataille de Dieppe qui ont été nombreux à être incarcérés entre 911 et 1 275 jours, et aux membres de la marine marchande, qui sont restés en captivité pendant des périodes encore plus longues.



The coverage that compensates for a shorter duration of internment takes into consideration those who might have been imprisoned at the very last stages of the war, or air crews who might have bailed out over enemy territory and spent a shorter period of time evading capture and returning to home units.

I think honourable senators asked this question one other time about whether or not POWs were covered even when they were evading capture. The answer is "yes." It does not have to be a period while they were incarcerated. If they were evading capture at that time, they are also eligible to include that time. The monies they receive will be indexed to the Consumer Price Index and are tax-exempt, like all of our pension payments.

There is another item, minor in a literal sense but important in a symbolic sense, that we are also considering at this time. It has to do with the definition of the word "veteran" for the purposes of applying the War Veterans Allowance or the WVA. Honourable senators may remember this issue was especially well covered by the media on the East Coast.

Some time ago, there was a case that made its way through the courts, and at our own appeal board, concerning the eligibility of an individual for the war veterans allowance, even though that individual had not actually seen service. The case was complicated and lengthy, and arose out of a less-than-precise wording in the legislation. It was felt a legislative change was required to ensure the intent of the original legislation is clear.

If you look at clause 10 in the proposed legislation, you will see that with respect to the war veterans allowance, a member of the forces is now defined as someone who has enlisted, served and been discharged from service. This was not clear in the previous definition. This wording provides the courts and quasi-judicial bodies with the clearest legislation possible to administer or make judicial rulings.

These are the three changes proposed in this proposed legislation. Funding is being provided to the renewed Educational Assistance Program and the broader coverage for prisoners of war by reallocating money from the department's Attendance Allowance Program.

For those who do not know, the Attendance Allowance Program has been in place since 1919, and is a monthly amount that is paid to provide a financial grant to an individual to help pay for the costs of an attendant. It is a monthly amount that can be awarded to an individual who receives a disability pension, or prisoners of war compensation. In order to qualify, the individual needs to be totally disabled, and in need of attendant care due to physical or mental disability.

The total disability does not have to relate to disability that we are pensioning. It can be total disability related to any other factors. It is a very comprehensive program.

L'indemnisation visant des périodes d'internement plus courtes s'adresse aux militaires qui ont été faits prisonniers à la toute fin de la guerre, et aux équipages qui ont dû évacuer leur appareil en plein vol et qui se sont retrouvés en territoire ennemi, où ils ont passé de courtes périodes à tenter d'échapper à la capture et à regagner leurs unités.

Je pense que des sénateurs ont déjà demandé si les périodes pendant lesquelles les prisonniers de guerre tentaient d'échapper à la capture entraient en ligne de compte. La réponse est «oui». Il n'est pas nécessaire qu'ils aient été incarcérés pendant toute la période. La période pendant laquelle ils ont tenté d'échapper à la capture est aussi admissible. Les sommes qu'ils vont recevoir seront indexées en fonction de l'indice des prix à la consommation et exonérés d'impôt, comme toutes nos prestations de pension.

Le projet de loi prévoit une autre mesure, qui est de peu d'importance à première vue, mais qui a une grande valeur symbolique. Elle traite de la définition de l'expression «ancien combattant» pour les fins de l'application de la Loi sur les allocations aux anciens combattants. Les sénateurs se rappellent peut-être que les médias ont fait abondamment état de cette question sur la côte Est.

Il y a quelque temps, les tribunaux et notre propre tribunal d'appel des anciens combattants ont dû juger de l'admissibilité d'une personne qui réclamait une allocation pour ancien combattant, mais qui n'avait jamais réellement servi dans les forces armées. Il a fallu beaucoup de temps pour régler cette affaire complexe, qui s'est présentée en raison d'un manque de précision dans le libellé de la loi. On a jugé qu'il fallait modifier la loi afin de veiller à ce que son objectif premier soit clair.

C'est pourquoi l'article 10 du projet de loi précise que, pour les allocations aux anciens combattants, un membre des forces désigne celui qui s'est enrôlé dans les forces armées, qui a servi et qui a été libéré de ce service. Ce n'était pas assez clair dans l'ancienne définition. Avec ce libellé, les tribunaux et les organes quasi judiciaires disposent d'une loi aussi claire que possible pour faire appliquer les lois ou prendre des décisions.

Voilà donc les trois modifications proposées dans le projet de loi à l'étude. Nous allons financer le nouveau Programme d'aide à l'éducation ainsi que la protection accrue offerte aux prisonniers de guerre en réaffectant certains des fonds consacrés à notre Programme d'allocations pour soins.

Pour ceux qui ne le savent pas, le Programme d'allocations pour soins existe depuis 1919 et permet à une personne de recevoir tous les mois un montant d'argent pour l'aider à payer les coûts d'un préposé aux soins. Ce montant mensuel peut être accordé à ceux qui reçoivent une pension d'invalidité ou une indemnité de prisonnier de guerre. Pour être admissible, il faut être complètement invalide et avoir besoin de soins auxiliaires en raison d'une invalidité physique ou mentale.

Il n'est pas nécessaire que l'invalidité totale soit liée à l'invalidité pour laquelle nous versons une pension. Elle peut être due à d'autres facteurs. C'est un programme d'une très grande portée.

Over time, the eligibility of this program expanded to include significant numbers of veterans who did not strictly meet the criteria. We believe it is opportune now to return the program to its original purpose. The current and revised programs will cover most contingencies that the allowance used to cover. The money freed up by clarifying the policy will be used to increase legitimate benefits for the very beneficiaries we are discussing today. In short, the changes will provide a better way of meeting the urgent needs of veterans through the use of more appropriate tools, while maintaining the Attendance Allowance Program itself.

Honourable senators should be assured that the modifications to the Attendance Allowance Program will not impact anyone who is currently receiving the program. Those individuals will be grandfathered, and will not have their benefits reduced in any way. We will, however, be making better and more effective use of the money, while targeting the right people with the right programs.

We will be glad to deal with any questions you may have.

**Senator Cordy:** I believe that the proposed bill is a good bill. Any time that we can do things to make the lives of the men and women who have served our country easier and better, it is a good thing.

We sometimes forget that our military people are still putting their lives on the line. I think that the Educational Assistance Program is extremely relevant, not just for veterans, but those who are currently serving. As a member of the military, you hope you never have to use it; but I think, as you said, it certainly is reassurance that your family, your children will be looked after from an educational perspective.

One of the things Mr. Guptill spoke about was the definition of "a veteran," or a person who is serving in the military. You said it was very complicated. I am also from the East Coast and, reading it in the newspaper, it did not seem very complicated to me. It seemed rather outrageous that someone could claim benefits when all they were doing was applying to go into the military. In fact, the person was turned down for medical reasons and yet, because the definition, if there was one, was so vague, the courts determined that they were entitled to veterans' benefits. I understand why that upset veterans' organizations. I am pleased to see that that is clarified within this proposed legislation.

I would like further explanation in regard to the prisoner of war benefits. The 30 to 88 days is something new.

Could you explain why you have reduced the number of days that somebody had to be a prisoner of war before they are entitled to benefits?

**Mr. Guptill:** The explanation is quite straightforward. There were a number of prisoners of war who were adversely impacted by their incarceration, who often suffered health problems as a

Avec le temps, on a élargi les critères d'admissibilité afin d'inclure de nombreux anciens combattants qui ne répondaient pas tout à fait aux critères. Nous croyons qu'il est temps maintenant de revenir au but premier du programme. Les programmes actuels et ceux qui seront révisés s'appliqueront à la plupart des éventualités auparavant couvertes par l'allocation pour soins. La clarification de la politique permettra de dégager des sommes qui serviront à améliorer les avantages auxquels ont droit les bénéficiaires dont nous discutons aujourd'hui. En somme, les modifications vont permettre de mieux répondre aux besoins urgents des anciens combattants, en utilisant des moyens mieux adaptés tout en maintenant le programme.

Vous devez être assurés que les modifications apportées au Programme d'allocations pour soins n'auront aucune incidence sur ceux qui touchent actuellement des allocations. Ces personnes auront des droits acquis, et leurs prestations ne seront réduites d'aucune façon. Nous ferons cependant un bien meilleur usage des fonds, en offrant des programmes adéquats aux personnes qui en ont besoin.

Nous répondrons volontiers aux questions que vous voudrez bien nous poser.

**Le sénateur Cordy:** Je crois que le projet de loi est valable. Chaque fois que nous pouvons faciliter et améliorer la vie des hommes et des femmes qui ont servi notre pays, c'est une bonne chose.

On oublie parfois que nos militaires risquent encore leur vie. Je pense que le Programme d'aide à l'éducation est très pertinent, pas seulement pour les anciens combattants, mais aussi pour ceux qui servent toujours leur pays. Les militaires espèrent toujours que ce programme ne leur sera pas utile mais, comme vous l'avez dit, il est sûrement rassurant pour la famille de savoir qu'on va s'occuper de ses enfants sur le plan des études.

M. Guptill a parlé de la définition d'«ancien combattant», ou de celui qui a servi dans les forces armées. Vous avez dit que c'était très compliqué. Je viens moi aussi de la côte Est et, d'après ce que j'ai lu dans les journaux, l'affaire ne m'a pas paru très compliquée. Il me semble plutôt inacceptable qu'une personne puisse réclamer des prestations seulement parce qu'elle a présenté une demande pour entrer dans les forces armées. En fait, la candidature de cette personne a été rejetée pour des raisons médicales et pourtant, la définition était à ce point vague, s'il y en avait une, que les tribunaux ont décidé que cette personne avait droit à des prestations d'ancien combattant. Je comprends ce qui a offusqué les associations d'anciens combattants. Je suis heureuse de constater que le projet de loi corrige la situation.

J'aimerais avoir plus d'explications au sujet des indemnités de prisonnier de guerre. La mesure sur les 30 à 88 jours d'incarcération est nouvelle.

Pourriez-vous expliquer pourquoi vous avez réduit le nombre de jours d'incarcération permettant à un prisonnier de guerre de toucher des indemnités?

**M. Guptill:** L'explication est assez simple. Un certain nombre de prisonniers de guerre ont été durement touchés par leur incarceration, qui leur a causé des problèmes de santé. Mais une



result of their incarceration. Yet, we had essentially a three-month limit. You had to have been incarcerated or evaded capture for a period of at least three months or you were not eligible for this benefit. The veterans' organizations were quite keen to see us reduce that period of time to 30 days. That is what we have done in this case.

The other thing we have done is extended the coverage at the other end of the scale. There were a number of merchant navy veterans who were incarcerated for much longer periods of time. The scale did not accommodate those folks with additional quasi-pension coverage. The POW compensation essentially mirrors our pension legislation. The monthly payments are similar to the pension payments. We provided an additional amount for those people who have longer periods of incarceration.

The other thing that veterans' organizations were concerned about was that the prisoners of war from Dieppe, in particular, were not fairly compensated, in their minds, because of the period of incarceration they had. They cover off that period from 911 days to 1,275 days.

You will notice that we are now providing an additional 5 per cent coverage for those individuals as well. This provides increased or improved compensation for prisoners of war right across the board. As I mentioned, the funding for it is coming from the reallocations with the attendance allowance.

**Senator Callbeck:** It is nice to see Islanders in Ottawa. Thank you for your explanation of the legislation.

The amendments are good. Certainly, veterans are deserving of these changes.

The question that I have is not really on the proposed legislation but has to do with the regulations. It has to do with the VIP program. I believe back in May the minister announced that there were seven areas that he wanted to change, and four of these dealt with regulations. One of those was the VIP program.

As I understand it, spouses of veterans could receive the VIP program for a year after their spouse passed away. It has now been changed so that as of June 18, I believe, anyone who is eligible will get those benefits for life. Basically, we have two classes of spouses. That really concerns and troubles me. I do not think that is right. I would like to have your comments.

**Mr. Guptill:** In the proposal the minister was talking about with regard to the urgent needs of Canada's veterans, there were a number of program changes, as you pointed out. There were seven changes in particular that were contemplated in the minister's announcement on May 12. All of these initiatives were funded by modifications to the attendance allowance program. One of those changes involved enhancing the coverage of spouses who were to get VIP housekeeping and grounds maintenance services.

période minimale de trois mois était prévue. Il fallait avoir été incarcéré ou avoir tenté d'échapper à la capture pendant au moins trois mois pour être admissible à cette indemnité. Les associations d'anciens combattants tenaient vraiment à ce que nous réduisions cette période à trente jours. C'est ce que nous avons fait dans ce cas.

Nous avons aussi élargi l'application du programme pour les nombreux marins marchands qui ont été incarcérés pendant des périodes beaucoup plus longues. Le programme ne leur assurait pas la protection additionnelle d'une quasi-pension. L'indemnisation des prisonniers de guerre va de pair avec nos lois sur les pensions. Les indemnités mensuelles correspondent aux prestations de pension. Nous avons prévu un montant additionnel pour ceux qui ont été incarcérés pendant de plus longues périodes.

Les associations d'anciens combattants étaient également préoccupées par le fait que les prisonniers de guerre capturés pendant la bataille de Dieppe, en particulier, n'étaient pas, selon elles, assez indemnisés en raison de la période pendant laquelle ils ont été incarcérés, qui allait de 911 à 1 275 jours.

Vous remarquerez que nous avons prévu une nouvelle indemnité de 5 p. 100 pour eux. On offre ainsi une indemnisation accrue ou améliorée à l'ensemble des prisonniers de guerre. Comme je l'ai dit, nous finançons ces nouvelles mesures en réaffectant certains fonds consacrés à notre Programme d'allocations pour soins.

**Le sénateur Callbeck:** C'est agréable de recevoir à Ottawa des gens de l'Île-du-Prince-Édouard. Merci de vos explications.

Les modifications sont pertinentes. C'est sûrement une bonne chose pour les anciens combattants.

La question que je veux poser ne traite pas vraiment du projet de loi, mais du règlement, et plus particulièrement du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Je crois que le ministre a annoncé, en mai dernier, sept nouvelles mesures, dont quatre concernaient le règlement. L'une d'elles avait trait au Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

Si j'ai bien compris, les conjoints des anciens combattants bénéficiaient du PAAC pendant un an après le décès de l'ancien combattant. Depuis le 18 juin dernier, les choses ont changé et je crois maintenant que tous ceux qui sont admissibles touchent des prestations toute leur vie. Nous avons essentiellement deux catégories de conjoint. Cette situation m'inquiète et me dérange vraiment. Je ne pense pas que ce soit une bonne chose. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**M. Guptill:** Pour répondre aux besoins urgents des anciens combattants du Canada, le ministre a proposé d'apporter un certain nombre de modifications aux programmes, comme vous l'avez souligné. Il y a en particulier sept nouvelles mesures qui ont été annoncées par le ministre le 12 mai. Toutes ces mesures étaient financées par les modifications apportées au Programme d'allocations pour soins. L'une d'elles voulait offrir une meilleure protection aux conjoints qui devaient recevoir des services d'entretien ménager et d'entretien du terrain dans le cadre du PAAC.

Honourable senators may recall that we had changed the regulations relating to the provision of these housekeeping and grounds maintenance services to the spouses of veterans back in 1990. The Veterans Independence Program was brought into place in 1981. In 1990, a change was made in the program so that, from that point on, spouses were able to receive VIP benefits for one year after the veteran's death. Prior to that time, the benefits ceased to be paid as soon as the veteran died. This provision that was put in place in 1990 allowed us to continue to pay the VIP, housekeeping and grounds maintenance benefits for an additional one-year period. That has been in place for some time.

The veterans' organizations were concerned, as many members were concerned, about only being able to provide that service for one year. The minister announced in May that we were going to be extending that period of time from one year to lifetime. However, the provision much like the provision in 1990, would only take place from that point onward. It would not be retrospective in nature.

In doing it that way, the minister indicated that there would be an additional 10,000 to 11,000 people who would now get the VIP eligibility for their lifetime. That measure was strongly endorsed by veterans' organizations, which understood that there was a limited amount of funding from this attendance allowance program to allow us to actually make those changes.

Since that time, there has been a significant amount of concern that inadvertently we may have created two classes of spouses: those who are eligible for VIP and those who are not; the lifetime extension and those who can only get the extension for one year. We have been examining that situation over the past number of weeks. We are proceeding with that analysis as quickly as we can in order to determine what to do in the situation.

**Senator Callbeck:** I am pleased that 10,000 or 12,000 people will get the benefit for a lifetime. I have had a number of phone calls from people who will not get it. As I said, that causes me a significant amount of difficulty. I believe that we have created two types of spouses here. I am happy to hear that you are looking into it, and hopefully, it will be resolved shortly.

**Senator Robertson:** The proposed bill certainly brings about some improvements. I do not think we can make fish and fowl of our veterans' widows. We are all getting many telephone calls in this regard. I hope your work is expeditious and productive.

I should know the answer to this question, but I do not.

Did we have prisoners of war in the Korean War, and if so, are they included in this proposed legislation?

**Mr. Guptill:** Prisoners of war would apply in this proposed legislation to any other recognized power. It would cover not just for World War II, but also for any other conflict since then where one is held captive by another power.

Les sénateurs se rappelleront peut-être que nous avons modifié le règlement concernant ces services offerts aux conjoints des anciens combattants en 1990. Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants a été établi en 1981. En 1990, le programme a été modifié pour que les conjoints puissent, à partir de ce moment-là, recevoir des prestations jusqu'à un an après le décès de l'ancien combattant. Auparavant, les prestations cessaient d'être versées au moment de son décès. La mesure adoptée en 1990 nous permettait de continuer de payer des services d'entretien ménager et d'entretien du terrain pendant une année de plus. C'était en vigueur depuis un certain temps.

Les associations d'anciens combattants étaient inquiètes, comme beaucoup de membres d'ailleurs, du fait qu'on puisse profiter de ces services seulement pendant un an. En mai, le ministre a annoncé que les services allaient désormais être offerts pour toute la vie. Cependant, le changement, comme ce fut le cas en 1990, s'appliquerait seulement à partir du moment de son annonce, et ne serait pas rétroactif.

Ainsi, le ministre a indiqué qu'il y aurait 10 000 à 11 000 personnes de plus qui seraient admissibles au PAAC pour le reste de leur vie. La mesure a été fort bien accueillie par les associations d'anciens combattants, qui ont compris que les fonds provenant du Programme d'allocations pour soins utilisés pour donner suite à ces modifications étaient limités.

Depuis, nombreux sont ceux qui nous ont fait remarquer que nous avons peut-être ainsi créé, par inadvertance, deux catégories de conjoint: ceux qui sont admissibles au PAAC et ceux qui ne le sont pas; ceux qui le sont pour toute leur vie et ceux qui le sont seulement pendant un an suivant le décès de l'ancien combattant. Nous examinons la situation depuis un certain nombre de semaines. Nous analysons le problème avec diligence pour déterminer quoi faire.

**Le sénateur Callbeck:** Je suis heureuse que 10 000 ou 12 000 personnes puissent en profiter pendant toute leur vie. J'ai reçu des appels téléphoniques de ceux pour qui ce ne sera pas le cas. Comme je l'ai dit, cette situation est très difficile pour moi. Je crois que nous avons créé deux catégories de conjoint. Je suis heureuse d'apprendre que vous examinez la situation, et j'espère que le problème sera réglé bientôt.

**Le sénateur Robertson:** Le projet de loi apporte certes des améliorations, mais je ne pense pas qu'on puisse ainsi traiter les conjoints de nos anciens combattants. Nous recevons beaucoup d'appels téléphoniques à ce sujet. J'espère que vous allez agir vite et bien.

Je devrais connaître la réponse à cette question, mais ce n'est pas le cas.

Y a-t-il eu des prisonniers de guerre pendant la guerre de Corée et, s'il y en a eu, sont-ils visés par le projet de loi?

**M. Guptill:** Le projet de loi s'applique aux prisonniers de guerre dans tout pays reconnu. Il vise non seulement ceux qui ont été faits prisonniers pendant la Seconde Guerre mondiale, mais aussi ceux qui ont été faits prisonniers par un autre pays au cours de tout autre conflit survenu par la suite.



Although this provision applies primarily to prisoners of war from World War II, it does allow us to pick up any prisoners of war from other conflicts. That would include prisoners of war from Korea, had they been held by another power at that time. It would include provisions today under the same circumstances.

**Senator Robertson:** Does the War Veterans Allowance Act cover the merchant marines as well?

**Mr. Guptill:** Yes, it does. It covers any veteran who served during the world wars. Since the merchant marines are now considered veterans like any other veteran, they are covered under the War Veterans Allowance Act.

**Senator Fairbairn:** Your presentation has been comforting. Much thought and heart has gone into the changes that have been made, particularly some of those in the field of education that have been virtually retroactive.

We could not let the moment pass, having you here, without raising the veterans' widows issue. It is one of those things that, perhaps inadvertently, happens from time to time, but carries with it a sort of almost outrageous sense of unfairness. I appreciate that you are looking at the issue, but because of the time of year, I suppose, and the focus on a particular war, it has our phone lines ringing, and for good reason.

I hope you would leave this committee today with a message that you have our eager blessing at working hard and fast at trying to bridge the gap of what would appear to be inequity for these particular people.

**Mr. Guptill:** Thank you, senator. I will certainly take that message back. We do appreciate your concern about that particular provision.

**The Deputy Chairman:** We can all attest to the fact that we are receiving mail and representations concerning this issue.

As there are no senators that wish to speak, I would like to thank our witnesses.

I would like a motion to dispense with clause-by-clause consideration of Bill C-50 and to report the proposed bill back to the Senate without amendment.

**Senator Roche:** I so move.

**The Deputy Chairman:** Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**Senator Callbeck:** Madam Chair, I notice that when the House of Commons accepted this proposed legislation, they also put in a paragraph about extending VIP benefits for one year. It says words to the effect that members of the committee unanimously agree that the committee should take all possible means to provide lifetime VIP benefits to all qualifying surviving spouses.

Même si cette disposition s'applique surtout à ceux qui ont été faits prisonniers pendant la Seconde Guerre mondiale, elle peut servir à tous ceux qui ont été capturés pendant d'autres conflits. Elle viserait les prisonniers de guerre détenus par un autre pays pendant la guerre de Corée. Elle s'appliquerait aujourd'hui dans les mêmes circonstances.

**Le sénateur Robertson:** Est-ce que la Loi sur les allocations des anciens combattants s'applique aux membres de la marine marchande?

**M. Guptill:** Oui. Elle s'applique à tous les anciens combattants qui ont servi durant les guerres mondiales. Étant donné que les membres de la marine marchande sont aujourd'hui considérés comme des anciens combattants, au même titre que tous les autres, ils sont visés par la Loi sur les allocations des anciens combattants.

**Le sénateur Fairbairn:** Votre exposé est rassurant. Beaucoup de réflexion et de compassion sont à l'origine des modifications apportées, surtout celles dans le domaine de l'éducation qui sont pour aussi dire rétroactives.

Comme vous êtes parmi nous aujourd'hui, nous ne pouvons laisser passer l'occasion de parler de la question des conjoints des anciens combattants. Ce sont des choses qui arrivent de temps à autre, peut-être par inadvertance, mais qui soulèvent un sentiment presque intolérable d'injustice. Je comprends que vous examiniez la question, et c'est peut-être attribuable à la période de l'année ou à l'intérêt suscité par la guerre, mais nos téléphones sonnent, et c'est justifié.

J'espère que vous allez faire savoir que nous aimerions vraiment que vous cherchiez vite et bien à réparer cette injustice apparente pour les personnes touchées.

**M. Guptill:** Merci, sénateur. Je vais certainement transmettre le message. Nous comprenons vos préoccupations à ce sujet.

**La vice-présidente:** Nous pouvons tous confirmer le fait que nous recevons du courrier et des plaintes à ce sujet.

Comme aucun autre sénateur ne veut intervenir, j'aimerais remercier nos témoins.

J'aimerais accueillir une motion proposant que nous nous dispensions d'examiner le projet de loi C-50 article par article et que nous en fassions rapport au Sénat sans amendement.

**Le sénateur Roche:** J'en fais la proposition.

**La vice-présidente:** Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Madame la présidente, je remarque que, quand la Chambre des communes a accepté le projet de loi, elle a ajouté un paragraphe sur les prestations versées pendant un an dans le cadre du PAAC. On indique que le comité devrait prendre tous les moyens possibles pour que les prestations du PAAC continuent d'être versées pendant toute leur vie aux conjoints

veterans receiving such benefits at the time of their death, and so on. I wonder if we could add an observation like that.

**The Deputy Chairman:** We can report the proposed bill back and then we can add observations. What we will do is gather in camera and discuss that matter after these proceedings. We will report the proposed bill without amendment, but we will go in camera to discuss the observations.

Thank you very much, gentlemen, for your presentation.

Honourable senators, while our witnesses are withdrawing and before we go in camera, there is a motion before you to table the transcript, from the September 24, 2003 fact-finding meeting, as an exhibit.

Today we tabled our report on public health, but honourable senators will recall that on September 24 we had meetings, and heard from Dr. Plumber and people from the Winnipeg labs. Since the Senate was still sitting, we had to have informal meetings. This is simply a motion that we can now take the transcripts of that testimony and add them as an addendum and table it with our report.

**Senator Cordy:** I so move.

**The Deputy Chairman:** Honourable senators, is it agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Deputy Chairman:** Thank you. We will move in camera.

The committee continued in camera.

survivants admissibles, quand les anciens combattants recevaient ces prestations au moment de leur décès. Je me demande si on pourrait ajouter une observation de ce genre.

**La vice-présidente:** Nous pouvons faire rapport du projet de loi et ensuite ajouter des observations. Nous allons nous réunir après la séance pour en discuter. Nous allons faire rapport du projet de loi sans amendement, mais nous allons nous réunir à huis clos pour discuter des observations.

Merci beaucoup, messieurs, de votre exposé.

Honorables sénateurs, pendant que nos témoins se retirent et avant de nous réunir à huis clos, vous êtes saisis d'une motion proposant que la transcription de la réunion d'information du 24 septembre 2003 soit déposée comme pièce justificative.

Nous avons déposé aujourd'hui notre rapport sur la santé publique, mais vous vous rappellerez que nous nous sommes réunis le 24 septembre pour entendre M. Plumber et des représentants de laboratoires de Winnipeg. Étant donné que le Sénat siégeait toujours, nous avons dû tenir des séances d'information. La motion propose simplement de déposer la transcription des témoignages de cette réunion, de l'ajouter en annexe et de la déposer avec notre rapport.

**Le sénateur Cordy:** J'en fais la proposition.

**La vice-présidente:** Honorables sénateurs, êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**La vice-présidente:** Merci. Nous allons poursuivre nos travaux à huis clos.

La séance se poursuit à huis clos.



**EXHIBIT 5900-S2-SS-5-9-2****Fact-finding meeting**

OTTAWA, Wednesday, September 24, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:00 p.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Today we will continue our study of the infrastructure and governance of the public health system with a particular focus on infectious disease epidemics. Our witnesses today are from the Canadian Food Inspection Agency and from Health Canada.

Consistent with our usual procedure, we will begin with both sets of witnesses making their presentations, after which we will have questions from the committee.

Before you proceed with your presentation, Dr. Plummer, please explain the word "zoonose," in respect of Mr. Karmali's laboratory focus.

**Mr. Frank Plummer, Scientific Director, National Microbiology Laboratory, Health Canada:** I would like to introduce Dr. Mohamed Karmali who is the Director for Foodborne Zoonoses in Guelph, Ontario, a sister lab to the national microbiology lab at Health Canada. Zoonotic diseases spread from animals to humans. That is why it is so relevant to have the Canadian Food Inspection Agency, CFIA, and Health Canada appear before the committee together. Many emerging infectious diseases, such as West Nile virus, Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS, Bovine Spongiform Encephalopathy, BSE, and variant Creutzfeldt-Jakob Disease, vCJD, are zoonotics they pass from animals to humans.

**The Chairman:** Are you based in Winnipeg?

**Mr. Plummer:** Yes I am, but I am also in charge of a directorate in Ottawa.

**The Chairman:** Your microbiology lab is commonly referred to as "the Winnipeg lab" by the media. Is that correct?

**Mr. Plummer:** That is correct. Senators should have before them a copy of the material that I will speak to today. I will try to pick up on comments that my colleagues from the public health branch made last week when they testified before you.

**PIÈCE 5900-S2-SS-5-9-2****Réunion d'information**

OTTAWA, le mercredi 24 septembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures pour étudier l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Nous poursuivons aujourd'hui notre étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique, en nous attardant particulièrement aux épidémies infectieuses. Nos témoins aujourd'hui représentent l'Agence canadienne d'inspection des aliments et Santé Canada.

Conformément à notre procédure habituelle, nous allons commencer par entendre un exposé des deux groupes de témoins, après quoi les membres du comité auront des questions à leur poser.

Avant de vous donner la parole pour faire votre exposé, docteur Plummer, je vous demanderais de nous expliquer le sens du mot «zoonose», qui est mentionné au sujet du laboratoire de M. Karmali.

**M. Frank Plummer, directeur des programmes scientifiques, Laboratoire national de microbiologie, Santé Canada:** Je voudrais vous présenter le Dr Mohamed Karmali, qui est directeur du laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, à Guelph, en Ontario; il s'agit d'un laboratoire associé au laboratoire national de microbiologie de Santé Canada. Les maladies zoonotiques se propagent des animaux aux êtres humains. C'est pourquoi il est tout à fait pertinent que les représentants de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, l'ACIA, et de Santé Canada comparaissent ensemble devant le comité. Beaucoup de nouvelles maladies infectieuses qui apparaissent, comme le virus du Nil occidental, le syndrome respiratoire aiguë sévère, le SRAS, l'encéphalopathie spongiforme bovine, l'ESB, et la variante appelée maladie de Creutzfeldt-Jacob, sont des zoonoses, c'est-à-dire des maladies qui se transmettent des animaux aux êtres humains.

**Le président:** Vous travaillez à Winnipeg?

**M. Plummer:** Oui, mais je suis également responsable d'une direction à Ottawa.

**Le président:** Votre laboratoire de microbiologie est couramment appelé «le laboratoire de Winnipeg» par les médias. C'est bien cela?

**M. Plummer:** C'est exact. Les sénateurs devraient avoir en main copie du document dont je vais m'inspirer aujourd'hui. Je vais essayer de donner suite aux observations que mes collègues de la Direction générale de la santé publique ont faites la semaine dernière quand ils ont témoigné devant vous.

The public health system is the totality of the organized efforts that a society puts in place to protect and promote the health of the population. The system is focused on the health of the population rather than on the health of individuals.

It is a complex system that crosses many different government departments and many jurisdictions. Public health systems are, obviously, interdependent and only as strong as the weakest link.

Laboratories constitute a key resource in the infectious disease component of the public health system. They also play a lesser role in the public health of chronic diseases. Laboratories contribute to the public health system by the diagnosis of infectious disease reference microbiology and quality assurance, or crosschecking each other's results. Laboratories provide support to epidemiological surveillance and epidemic investigation. There is almost no infectious disease surveillance that does not involve a lab test at some time.

Laboratories are also key in surveillance systems. We have a key role to play in preparedness for biological threats such as bio-terrorism, BSE, West Nile virus, et cetera. We do applied and fundamental research and development, particularly on diagnostic tests. We play a key role in international linkages to other laboratories around the world. Increasingly, at Health Canada, we are trying to develop strong links with universities to enhance research.

In order to effectively respond to emergencies, laboratories need a strong foundation for daytoday operations the infrastructure, the people, the facilities and the equipment and strong linkages to other laboratories in other public health organizations. It is important to note that there needs to be integration between laboratory science and epidemiological and public health sciences so that can happen. One without the other integration would not be sufficient.

In Canada there are generally four levels of laboratories. Local and hospital laboratories provide patient testing and receive test materials from doctors.

Provincial public health laboratories are in all provinces except New Brunswick, where two different hospital laboratories deliver that function. Provincial facilities function as reference labs for the local labs within their jurisdictions. They do some primary diagnoses, often for viral diseases, and they provide some national services as part of national networks. However, they have a relatively limited role in research and development. That capacity has been eroded over the years.

Le système de santé publique est la totalité des efforts organisés qu'une société déploie pour protéger et promouvoir la santé de la population. Le système cible la santé de l'ensemble de la population plutôt que la santé individuelle.

C'est un système complexe qui s'étend sur de nombreux ministères gouvernementaux et de nombreuses juridictions. Les systèmes de santé publique sont évidemment interdépendants et sont seulement aussi solides que leur maillon le plus faible.

Les laboratoires constituent une ressource clé dans la composante du système de santé publique qui s'occupe des maladies infectieuses. Ils jouent aussi un rôle moindre dans la santé publique au chapitre des maladies chroniques. Les laboratoires contribuent au système de santé publique en faisant le diagnostic des maladies infectieuses; en se chargeant de la microbiologie de référence et de l'assurance de la qualité, c'est-à-dire en faisant une vérification croisée de leurs résultats respectifs. Les laboratoires appuient la surveillance épidémiologique et les enquêtes épidémiologiques. Il n'existe presque aucune surveillance des maladies infectieuses qui ne nécessite pas à un moment donné un test effectué en laboratoire.

Les laboratoires sont également un élément clé des systèmes de surveillance. Nous avons un rôle clé à jouer dans les préparatifs aux menaces biologiques comme le bioterrorisme, l'ESB, le virus du Nil occidental, et cetera. Nous faisons de la recherche appliquée et fondamentale et du développement, en particulier pour la mise au point de tests de diagnostic. Nous jouons un rôle clé dans les liens internationaux avec les autres laboratoires du monde entier. De plus en plus, à Santé Canada, nous essayons d'établir des liens solides avec les universités, afin de renforcer la recherche.

Pour pouvoir intervenir efficacement en cas d'urgence, les laboratoires ont besoin d'une fondation solide pour leurs opérations quotidiennes — l'infrastructure, les effectifs, les installations et l'équipement — et de liens solides avec d'autres laboratoires et organismes de santé publique. Il faut noter qu'il est impératif qu'il y ait intégration entre les laboratoires et les travaux épidémiologiques et scientifiques connexes dans le domaine de la santé publique. Faute d'intégration, ni l'un ni l'autre de ces volets ne serait efficace.

Au Canada, de manière générale, il y a quatre niveaux de laboratoires. Les laboratoires locaux et d'hôpitaux font le diagnostic des infections des patients et reçoivent des médecins les prélèvements devant servir à établir ces diagnostics.

Il y a des laboratoires provinciaux de santé publique dans toutes les provinces sauf le Nouveau-Brunswick, où deux laboratoires d'hôpitaux différents assument cette fonction. Les installations provinciales servent de laboratoires de référence pour les laboratoires locaux dans leur administration. Ils font certains diagnostics primaires, souvent pour les maladies virales, et fournissent certains services nationaux comme partie intégrante du réseau national. Cependant, ils ont un rôle relativement limité en termes de R et D. Cette capacité a été diminuée au fil des années.



At the national level, laboratories for infectious diseases are primarily based within the population of the public health branch. We provide multiple functions and have advanced scientific testing capacity that is generally more sophisticated than that available in provincial laboratories.

At the national level, we are involved in a number of different international laboratory networks that are key in respect of our response to infectious disease threats. For instance, the Winnipeg lab is a member of the CDC-led Laboratory Response Network in the United States. We are also currently chairing two important groups: the international high security laboratory network and the laboratory network of the G7 countries in Mexico called the Global Health Security Network. Within that system, research laboratories based in academic institutions supplement the research done in government labs on behalf of public health.

On page 6 you will see the list of Population and Public Health Branch, Health Canada, labs for Canada. They are: the National Microbiology Laboratory, NML, in Winnipeg; the Laboratory for Foodborne Zoonoses, LFZ, in Guelph, Ontario, in Saint-Hyacinth, Quebec, and in Lethbridge, Alberta; and the National Laboratory for HIV and Retroviruses in Ottawa. Overall, these PPHB labs have a staff of 330, about 50 of whom are medical, veterinary or Ph.D-trained scientists. They have a combined budget of \$23 million for the current fiscal year and receive an additional \$9 million in external funding from a variety of resources, including the CIHR.

**The Chairman:** I was under the impression that there was a lab facility in Vancouver.

**Mr. Plummer:** There are Health Canada laboratories in Vancouver. There is also the B.C. Centre for Disease Control. The Province of British Columbia runs a combined epidemiology-laboratory program.

**The Chairman:** The B.C. Centre for Disease Control is a provincially owned facility.

**Mr. Plummer:** Yes.

**Senator Callbeck:** What about Nova Scotia?

**Mr. Plummer:** There are no Health Canada lab facilities in Halifax, although a provincial laboratory is in the Queen Elizabeth Hospital. It is a combined hospital-provincial laboratory.

On page 7 we deal with the National Microbiology Laboratory located in the Canadian Science Centre for Human and Animal Health in Winnipeg. We cohabit the building with our colleagues from the National Centre for Foreign Animal Diseases, which is a CFIA lab. Our functions are surveillance and epidemic investigation. We run a number of important research programs. We have a training program for scientists, of which we are proud. We have a training grant from the Canadian

Au niveau national, les laboratoires de lutte contre les maladies infectieuses relèvent essentiellement de la Direction générale de la santé publique et de la santé de la population. Nous avons des fonctions multiples et une capacité avancée en ce qui concerne les essais scientifiques, étant plus sophistiqués à cet égard que les laboratoires provinciaux.

Au niveau national, nous faisons partie de différents réseaux de laboratoires internationaux qui jouent un rôle clé relativement à notre réaction en cas de menace posée par une maladie infectieuse. Par exemple, le laboratoire de Winnipeg est membre du Laboratory Response Network des États-Unis, dirigé par le CDC. De plus, nous présidons actuellement deux groupes importants: le International High Security Laboratory Network et le réseau de laboratoires des pays du G7 au Mexique, appelé Global Health Security Network. À l'intérieur de ce système, des laboratoires de recherche situés dans des établissements universitaires complètent les travaux des laboratoires gouvernementaux dans le domaine de la santé publique.

À la page 6, vous avez la liste des laboratoires de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à Santé Canada. Ce sont: le laboratoire national de microbiologie, ou LNM, à Winnipeg; le laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, à Guelph, en Ontario, à Saint-Hyacinthe, au Québec, et à Lethbridge, en Alberta; et le laboratoire national du VIH et des rétrovirus, à Ottawa. Dans l'ensemble, ces laboratoires de la DGSPSP ont un effectif de 330 personnes, dont environ 50 sont des médecins, des vétérinaires ou des scientifiques ayant un doctorat. Leur budget combiné est de 23 millions de dollars pour l'année financière en cours et ils reçoivent un budget supplémentaire de 9 millions de dollars de fonds externes provenant de diverses sources, notamment de l'IRSC.

**Le président:** Je croyais qu'il y avait un laboratoire à Vancouver.

**M. Plummer:** Il y a des laboratoires de Santé Canada à Vancouver. Il y a aussi le Centre de lutte contre les maladies de la Colombie-Britannique. La province de Colombie-Britannique dirige un programme conjoint d'épidémiologie et de laboratoires.

**Le président:** Le Centre de lutte contre les maladies de Colombie-Britannique appartient à la province.

**M. Plummer:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Et en Nouvelle-Écosse?

**M. Plummer:** Il n'y a pas de laboratoire de Santé Canada à Halifax, mais il y a un laboratoire provincial à l'Hôpital Queen Elizabeth. C'est un laboratoire conjugué à un hôpital.

À la page 7, nous traitons du laboratoire national de microbiologie situé dans le Centre scientifique canadien de santé humaine et animale à Winnipeg. Nous partageons un immeuble avec nos collègues du Centre national des maladies animales exotiques, qui est un laboratoire de l'ACIA. Nos fonctions sont de surveillance et d'enquête épidémiologique. Nous dirigeons un certain nombre d'importants programmes de recherche. Et nous avons un programme de formation scientifique dont nous sommes

Institutes of Health Research for graduate students that is matched by the Province of Manitoba and totals approximately \$.5 million per year, for student salaries alone. We currently have 30 graduate students, or postdoctoral fellows, in our training programs. We also have a number of important international activities, some formal and many informal linkages.

On slide eight we have listed some of the features of the National Microbiology Laboratory, NML. We have the only health bio-safety lab in the country, but it is not correct to say that it is the only level four bio-safety lab in the country, because Dr. Kitching has one at the National Centre for Foreign Animal Diseases.

The National Microbiology Laboratory is designed to accommodate the most basic and most deadly infectious agents in the world. Another key function of the National Microbiology Laboratory is to provide the secretariat for a national network of public health laboratories. Over the last two years, we established the Canadian Public Health Laboratory Network, which is a new structure, to try to get provincial and federal laboratories working together in concert collaboratively to solve collective problems.

I would also mention that, in addition to the activities that are based in Winnipeg, the National Microbiology Laboratory also funds provincial laboratories to develop expertise in certain areas. For instance, most of the work for streptococcal diseases is done at the Alberta provincial laboratory.

I will turn to slide 10 to talk about the Laboratory for Foodborne Zoonoses. This lab, directed by Mr. Karmali, was originally part of Agriculture Canada and came to Health Canada in 1996. Its main focus of activities is on bacteria such as *E. coli*, campylobacter and salmonella, which arise from food animals and cause gastrointestinal illness in humans. They have excellent links with McMaster University and the University of Guelph, and are colocated with the University of Guelph. Their satellite labs in Saint-Hyacinthe and Lethbridge have developed relationships with the universities of Montreal and Calgary. It works closely with the Food Inspection Agency and Agriculture and AgriFoods Canada.

We are making efforts within Health Canada to integrate the different laboratory activities and all infectious disease activities through the Infectious Disease Program Steering Committee.

fiers. Nous avons une subvention de l'Institut canadien de recherche en santé pour assurer la formation d'étudiants diplômés, la province du Manitoba versant un montant égal pour un total d'environ un demi-million de dollars par année, uniquement pour les salaires versés aux étudiants. Nous avons actuellement 30 étudiants diplômés faisant des recherches postdoctorales dans nos programmes de formation. Nous avons aussi un certain nombre d'importantes activités internationales, certaines officielles et beaucoup d'autres dans le cadre de liens officieux.

À la page 8, nous énumérons certaines caractéristiques du Laboratoire national de microbiologie. Nous avons le seul laboratoire de sécurité biologique du pays, mais il n'est pas exact de dire que c'est le seul laboratoire de confinement de biosécurité de niveau quatre du Canada, parce que le Dr Kitching en a également un au Centre national des maladies animales exotiques.

Le Laboratoire national de microbiologie est conçu pour accueillir les organismes contagieux les plus élémentaires et les plus mortels au monde. Une autre fonction clé du LNM est de servir de secrétariat d'un réseau national de laboratoires qui se consacrent à la santé publique. Depuis deux ans, nous avons mis en place le réseau canadien de laboratoires de santé publique, qui est une nouvelle structure, afin d'essayer d'obtenir que les laboratoires provinciaux et fédéraux travaillent ensemble de concert et en collaboration pour résoudre des problèmes collectifs.

Je voudrais mentionner également qu'en plus des activités menées à Winnipeg, le Laboratoire national de microbiologie verse également des fonds aux laboratoires provinciaux pour que ces derniers acquièrent une expertise dans certains domaines. Par exemple, la plupart des travaux sur les maladies à streptocoques sont effectués au laboratoire provincial de l'Alberta.

Je vais maintenant passer à la page 10 et vous parler du Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire. Ce laboratoire, dirigé par M. Karmali, faisait partie à l'origine d'Agriculture Canada et a été transféré à Santé Canada en 1996. Ses activités portent principalement sur des bactéries comme *E. coli*, campylobacter et salmonella, qui proviennent des animaux et causent des gastro-entérites chez les humains. Le laboratoire a d'excellents liens avec l'Université McMaster et l'Université de Guelph et partage des locaux avec l'Université de Guelph. Les laboratoires satellites de Saint-Hyacinthe et de Lethbridge ont établi des relations avec les universités de Montréal et de Calgary. Le labo travaille en étroite collaboration avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments et avec Agriculture et Agroalimentaire Canada.

Nous déployons des efforts à Santé Canada pour intégrer les différentes activités de laboratoire et toutes les activités de lutte contre les maladies infectieuses par l'intermédiaire du Comité directeur des maladies infectieuses.



The LFZ program areas include integrated enteric pathogen surveillance, research on population and environmental determinants of foodborne zoonoses, the microbial and host determinants of disease, as well significant work on antimicrobial resistance, health risk modeling, and food safety policy research.

How do Canadian laboratories compare to international labs? In some areas we compare extremely well. In at least a couple of areas at the national level, our laboratories are as good or better than those elsewhere. On average, particularly with the National Microbiology Laboratory, we have greater basic science strength than most public health laboratories around the world. Between what we are doing in Winnipeg and what we are doing in Guelph, I think we are better integrated with research universities than would be the case in most other countries.

We do have some world class and unique resources. Specifically, I would mention the Canadian Science Centre for Human and Animal Health in Winnipeg. It cost the Government of Canada about \$180 million to build, and its replacement value, according to the architects, would currently be about \$500 million.

In the past, the laboratory system in Health Canada suffered from poor integration with epidemiology and surveillance. I mentioned at the outset that that is key in being able to respond effectively. Since the reorganization of Health Canada in 2000, a major goal within the PPHB has been integration. It is significant. I think, that I am now the director general of the Centre for Infectious Disease Prevention and Control in Ottawa, as well as the head of the lab at Winnipeg, which allows that integration to occur.

We do have some significant challenges. Our labbased surveillance systems lag significantly behind those of the U.S. There are possibilities for real time electronic surveillance based out of labs, such as the U.S. system, PulseNet. We have been trying to put that in place for several years and are getting closer, but it is taking longer than I would have liked.

I would now ask Mr. Karmali for comments.

**Senator Morin:** Mr. Plummer, what is your other title, apart from being director of the Winnipeg lab?

**Mr. Plummer:** I am scientific director of the Winnipeg lab and director general of the Centre for Infectious Disease Prevention and Control in Ottawa.

**Senator Morin:** This would imply surveillance and so forth.

Les secteurs de programme du Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire sont la surveillance intégrée des agents entéropathogènes, la recherche sur les déterminants liés à la population et à l'environnement des zoonoses d'origine alimentaire, les déterminants liés aux micro-organismes et aux hôtes, ainsi que d'importants travaux sur la résistance aux antimicrobiens, la modélisation des risques pour la santé et la recherche stratégique sur l'innocuité des aliments.

Comment les laboratoires canadiens soutiennent-ils la comparaison avec les laboratoires internationaux? Dans certains domaines d'excellence, cette comparaison nous est extrêmement favorable. Dans au moins deux domaines au niveau national, nos laboratoires sont aussi bons sinon meilleurs que ceux des autres pays. En moyenne, en particulier dans le cas du Laboratoire national de microbiologie, nous avons une force scientifique de base qui est supérieure à celle de la plupart des laboratoires de santé publique du monde. Compte tenu de nos travaux effectués à Winnipeg et à Guelph, je pense que nous avons une meilleure intégration avec les chercheurs universitaires que ce que l'on trouve dans la plupart des autres pays du monde.

Nous avons certaines ressources uniques et de renommée mondiale. Je songe plus précisément au Centre scientifique canadien de santé humaine et animale, à Winnipeg. Il en a coûté environ 180 millions de dollars au gouvernement du Canada pour le construire, et sa valeur de remplacement, d'après les architectes, est actuellement d'environ 500 millions de dollars.

Dans le passé, les laboratoires de Santé Canada ont souffert d'une intégration sous-optimale à l'épidémiologie et à la surveillance. J'ai dit au début de mon exposé que c'est pourtant un élément clé pour pouvoir réagir efficacement. Depuis la réorganisation de Santé Canada en 2000, un objectif important de la DGSPSP a été une meilleure intégration. Je pense qu'il est révélateur que je sois maintenant à la fois directeur général du Centre de lutte contre les maladies infectieuses ici à Ottawa et chef du laboratoire de Winnipeg, ce qui permet justement cette intégration.

Nous sommes confrontés à certaines difficultés importantes. Nos systèmes de surveillance en laboratoire ont beaucoup de retard par rapport à ceux des États-Unis. Il y a possibilité de mettre en place une surveillance électronique en temps réel à l'extérieur des laboratoires, selon le modèle du système américain appelé PulseNet. Nous essayons depuis plusieurs années de mettre cela en place et nous approchons du but, mais cela prend plus de temps que je ne l'aurais voulu.

Je vais maintenant demander à M. Karmali de nous faire part de ses observations.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Plummer, quel est votre autre titre, à part celui de directeur du laboratoire de Winnipeg?

**M. Plummer:** Je suis directeur des programmes scientifiques du laboratoire de Winnipeg et directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses à Ottawa.

**Le sénateur Morin:** Cela comprend la surveillance et tout le reste.

**Mr. Plummer:** Epidemiology surveillance.

**The Chairman:** Mr. Karmali, is there anything you would like to add?

**Mr. Mohamed Karmali, Director General, Laboratory for Foodborne Zoonoses, Population and Public Health Branch, Health Canada:** Compared to the almost \$150 million budget that Mr. Plummer controls, my program has a budget of \$5 million. I should be regarded as, perhaps, the Prince Edward Island population in the public health branch.

Mr. Plummer rightly pointed out the frontline work that the Winnipeg lab does in terms of controlling outbreaks and epidemics. Our psyche has been shaped a bit by the recent SARS epidemic, so we tend to focus on emergency control, and so on. After we have put out the flames, however, and dealt with the aftermath, we must ask questions such as: Where did this epidemic originate? What caused it to arise? How can we prevent it in the future?

While our program is not in the front lines dousing the flames, we are asking the critical questions of: How do some of these infections arise? Where do they come from? How can we prevent them in the future, and so on?

Since our work focuses mostly on zoonotic diseases that is, diseases transmitted from animals to humans we must, naturally, work closely with CFIA. We especially have close interactions with Ms. Bossé in CFIA.

I will stop there. I hope I have given you a perspective of how we fit into the scheme of things.

[*Translation*]

**Ms. Judith Bossé, Vice-President, Science, Canadian Food Inspection Agency:** Mr. Chairman, I would like to introduce Dr. Paul Kitching, Director of the National Centre for Foreign Animal Disease in Winnipeg. I want to thank you for the opportunity to appear before this committee and to outline the Agency's activities in the area of public health.

The mandate of the CFIA is to safeguard Canada's food supply and the plants and animals upon which safe food depends. The Agency is the key player in providing protection to the public from preventable health risks.

The CFIA contributes through programs and activities designed to identify and manage food safety risks, respond to food safety and animal disease emergencies, carry out emergency food recalls and prevent the spread of animal diseases to humans.

**M. Plummer:** La surveillance épidémiologique.

**Le président:** Monsieur Karmali, aimeriez-vous faire quelques observations?

**M. Mohammed Karmali, directeur général, Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada:** En comparaison du budget de près de 150 millions de dollars qu'administre M. Plummer, mon programme a un budget de 5 millions de dollars. On pourrait peut-être me considérer comme la population de l'Île-du-Prince-Édouard dans l'ensemble de la Direction générale de la santé publique.

M. Plummer a indiqué à juste titre que le laboratoire de Winnipeg fait du travail de première ligne pour ce qui est de lutter contre les épidémies et autres flambées de maladies. Notre attitude a été quelque peu façonnée par la récente épidémie de SRAS, de sorte que nous avons tendance à mettre l'accent sur les interventions en cas d'urgence, et cetera. Cependant, après avoir éteint l'incendie, pour ainsi dire, nous devons nous poser des questions du genre: Quelle était donc l'origine de cette épidémie? Qu'est-ce qui a causé son apparition et sa propagation? Comment pouvons-nous l'empêcher à l'avenir?

Bien que notre programme ne soit pas en première ligne, en train d'éteindre l'incendie, nous posons ensuite les questions critiques, du genre: comment ces infections surviennent-elles? D'où viennent-elles? Comment pouvons-nous les empêcher de survenir à l'avenir, et cetera?

Comme notre travail cible essentiellement les maladies zoonotiques, c'est-à-dire les maladies qui se transmettent des animaux à l'homme, nous devons, naturellement, travailler en étroite collaboration avec l'ACIA. Nous avons des liens particulièrement étroits avec Mme Bossé, de l'ACIA.

Je vais m'arrêter là. J'espère vous avoir donné une idée de la place que nous occupons dans l'ensemble.

[*Français*]

**Mme Judith Bossé, Agence canadienne d'inspection des aliments, vice-présidente, Science:** Monsieur le président, je souhaiterais vous présenter le docteur Paul Kitching, qui est en charge du Centre national des maladies exotiques à Winnipeg, l'équivalent en santé animale. Je tiens à vous remercier de me donner la chance de m'adresser à ce comité, ce qui va me permettre de présenter les activités de l'agence en santé publique.

Le mandat de l'Agence canadienne d'inspection des aliments consiste à préserver l'approvisionnement alimentaire du Canada ainsi que les végétaux et les animaux dont dépend la salubrité des aliments. L'Agence est un intervenant clef qui protège la population contre les risques en santé évitables.

Les programmes et les activités de l'agence sont conçus pour déterminer et gérer le risque relatif à la salubrité des aliments; intervenir en cas d'urgence dans le domaine de la salubrité des aliments et enrayer les foyers de maladies animales; décréter des retraits d'aliments en cas d'urgence, et empêcher la transmission des maladies animales chez les humains.



Integral to the CFIA delivering its mandate to Canadians are the application of sound science to Agency activities, the delivery of effective inspection services and the fostering of strong partnerships.

The Agency has extensive scientific expertise and close association with federal, provincial, university, international and other partners in areas such as risk assessment, surveillance, laboratory science and the development of science-based inspection strategies.

The Agency's national mandate, extensive laboratory network and inspection capacity allow the CFIA to act rapidly and effectively in the event of a threat to public safety or agri-food security. In addition, the CFIA's ongoing surveillance and emergency planning activities allow it to anticipate and prepare for potential problems before they occur.

[English]

Food safety risks managed by CFIA include foodborne pathogens such as salmonella and E. coli. In addition, the agency addresses existing and emerging public health threats from human infectious disease agents linked to animals. These include the so-called zoonotic diseases such as bovine tuberculosis, brucellosis, anthrax, rabies, bovine spongiform encephalopathy and others, which fall under the CFIA mandate as reportable diseases under the Health of Animals Act.

The CFIA is able to apply sound science to its mandated activities thanks, in large part, to the scientific expertise within its own laboratory system. The agency has laboratory facilities on some 21 sites across Canada. Scientific and technical experts in these facilities are engaged in a variety of activities related to CFIA's mandate that directly support the protection of public health, including laboratory testing services, research, methods development and the provision of scientific advice in support of food safety and animal health. For example, the CFIA is confirming human suspected cases of rabies.

[Translation]

Many CFIA laboratory facilities are designed to permit work with infectious animal disease agents posing high risk to humans. The National Centre for Foreign Animal Disease located at the Canadian Science Centre for Human and Animal Health in Winnipeg is co-located with Health Canada's National Microbiology Laboratory. This has fostered a close relationship between the CFIA and HC and has facilitated collaboration on testing and research for exotic zoonoses and emerging diseases.

L'application de méthodes scientifiques judicieuses dans les activités de l'agence, la prestation de services d'inspection efficace, la promotion de partenariats solides font partie intégrante du mandat de l'agence à l'égard des Canadiens.

L'agence a de vastes connaissances scientifiques et collabore étroitement avec les gouvernement fédéraux et provinciaux, les universités, les organismes internationaux et d'autres partenaires oeuvrant dans des domaines tels que l'évaluation de risque, la surveillance, les sciences de laboratoire et l'élaboration de stratégies d'inspection fondées sur la recherche scientifique.

Grâce à son mandat national, à son réseau étendu de laboratoires et à sa capacité d'inspection, l'agence peut agir rapidement et efficacement en cas de danger pour la santé publique ou pour assurer l'innocuité de denrées alimentaires. En outre, les activités permanentes de planification de la surveillance et des urgences permettent à l'organisme de se pencher sur les problèmes potentiels et de bien se préparer pour y faire face.

[Traduction]

Les risques relatifs à la salubrité des aliments gérés par l'ACIA comprennent les pathogènes d'origine alimentaire, tels que la salmonelle et la bactérie E. coli. De plus, l'agence gère les dangers pour la santé publique actuels et émergents provenant des agents infectieux humains associés aux animaux. Cela comprend les maladies zoonotiques comme la tuberculose bovine, la brucellose, le charbon bactérien, la rage, l'encéphalopathie bovine spongiforme et d'autres maladies qui sont visées par le mandat de l'ACIA à titre de maladies à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la santé animale.

L'ACIA est en mesure d'appliquer des méthodes scientifiques efficaces dans le cadre des activités prévues à son mandat, ce qui est grandement attribuable à l'expertise scientifique qu'on trouve dans son réseau de laboratoire. Les installations de laboratoire de l'agence sont réparties dans 21 établissements au Canada. Les experts scientifiques et techniques affectés à ces installations mènent diverses activités liées au mandat de l'ACIA, lesquelles soutiennent directement la protection de la santé publique, y compris les services d'essai de laboratoire, la recherche, l'élaboration des méthodes et la formulation d'avis scientifiques en matière de salubrité des aliments et de santé animale. Par exemple, l'ACIA confirme des cas potentiels de rage chez les humains.

[Français]

Plusieurs installations de laboratoires de l'ACIA ont été conçues de façon à pouvoir effectuer des activités liées à des agents infectieux animaux qui représentent un risque élevé pour la santé humaine. Le Centre national des maladies animales exotiques, situé au Centre scientifique canadien de la santé humaine et animale de Winnipeg, partage les locaux avec le laboratoire national de microbiologie de Santé Canada. Ce partage de locaux a fait naître une relation étroite entre l'ACIA et Santé Canada, et a favorisé la collaboration dans les essais et la recherche portant sur les zoonoses exotiques et les nouvelles maladies.

Examples from the recent past include diseases such as SARS, West Nile Virus, Nipah virus, a disease that has struck in Asia, but not in Canada, BSE and avian influenza.

Currently a Memorandum of Understanding is being drawn up between HC and the CFIA to further strengthen this productive relationship for the benefit of public health in Canada.

Besides the NCFAD, there are high-level biocontainment facilities operated by the CFIA in each of the West, Ontario and Atlantic areas. These facilities are unique in Canada in that they are equipped to house and handle livestock infected with high risk, domestic zoonotic agents such as bovine tuberculosis and brucellosis. Biocontainment protects public health by allowing scientists to conduct research, testing and waste disposal in a safe manner.

Many of the CFIA facilities house Centres of Expertise recognized as World Reference Laboratories by the World Organization for Animal Health, for example, rabies, brucella and anthrax.

The CFIA has developed agreements with provincial agencies on the sharing of animal disease information. The Agency continues to develop management systems to enhance disease intelligence, implement targeted surveillance programs, and cooperate with Health Canada in evaluating human health implications.

The CFIA's extensive diagnostic capabilities and unique scientific expertise allow it to be a key contributor to the federal government's efforts to strengthen Canada's preparedness for, and response to, potential terrorist threats.

Agency expertise and resources are used to address biological threats to humans which may occur through the deliberate contamination of the environment, or food or water supplies. For example, the CFIA, in association with Health Canada and the National Research Council, and with funding from National Defence, leads in developing and evaluating new test methods for several high-threat zoonotic disease agents.

[English]

The CFIA, operating within the current governance framework in partnership with Health Canada and others, is well prepared to contribute within its mandate to the protection of public health in Canada. The agency and its partners are able to act rapidly and effectively in response to public health emergencies in Canada, whether caused by accidental or intentional events.

Parmi les exemples de maladies récemment observées, mentionnons le SRAS, évidemment, le virus du Nil occidental, l'encéphalite porcine — qui n'est pas au Canada mais qui est apparue en Asie — l'encéphalopathie spongiforme bovine et la peste aviaire.

À l'heure actuelle, nous préparons un protocole d'entente entre Santé Canada et l'ACIA en vue d'un renforcement de cette relation fructueuse dans l'intérêt de la santé publique au Canada.

Outre le Centre national des maladies exotiques, l'ACIA exploite des installations de confinement biologique à haut niveau dans les centres opérationnels des régions de l'ouest, de l'Ontario et de l'Atlantique. Ces installations sont uniques au Canada car elles peuvent héberger et gérer le bétail infecté par des agents zoonotiques domestiques très dangereux comme la tuberculose bovine et la brucellose. Le bioconfinement préserve la santé publique en permettant aux scientifiques d'effectuer des recherches et des essais et d'éliminer les déchets en toute sécurité.

Un grand nombre d'installations à l'ACIA comporte des centres d'expertise reconnus à l'échelle internationale, soit par l'organisation internationale des épizooties, comme les laboratoires de référence internationaux. Comme exemple, nous avons le Centre d'expertise sur la rage, la brucellose et la fièvre charbonneuse mieux connue sous le nom d'anthraxe.

L'agence a conclu des ententes avec des organismes provinciaux sur le partage de l'information relative aux maladies animales. L'agence continue de mettre au point des systèmes de gestion visant à améliorer l'accès aux renseignements sur les maladies, à mettre en œuvre des programmes de surveillance ciblés et à collaborer avec Santé Canada dans l'évaluation des effets des maladies sur la santé humaine.

L'énorme capacité diagnostique et l'unique expertise scientifique de l'ACIA permettent à l'agence de demeurer un des principaux catalyseurs pour des efforts que le gouvernement fédéral fournit pour renforcer la préparation et l'intervention du Canada en cas d'éventuelle menace terroriste.

On a recours à l'expertise et aux ressources de l'agence pour traiter les dangers biologiques menaçant les humains. Ces dangers peuvent se présenter sous la forme de contamination délibérée de l'environnement ou des dispositifs d'approvisionnement en eau ou en aliments. Par exemple, l'ACIA, de concert avec Santé Canada et le Conseil national de la recherche, grâce au financement du ministère de la Défense, dirige une initiative d'élaboration et d'évaluation de nouvelles méthodes d'essai sur plusieurs agents pathogènes zoonotiques très dangereux.

[Traduction]

L'ACIA, forte de son cadre de régie actuel et de son partenariat avec Santé Canada et d'autres organismes, est bien préparée à contribuer à la protection de la santé publique au Canada, comme l'exige son mandat. L'agence et ses partenaires sont en mesure d'agir rapidement et efficacement en cas d'urgence en matière de santé publique au Canada, qu'il s'agisse d'événements accidentels ou intentionnels.



The CFIA continues to strive for better ways to improve the system. It is therefore pleased to be able to appear before the committee.

We look forward to the final report.

**Dr. Paul Kitching, Director, Winnipeg Laboratory (Arlington), Canadian Food Inspection Agency:** Thank you. I have nothing to add.

**The Chairman:** We have a minor technical problem. Technically, under our rules a committee of the Senate is not supposed to sit when the Senate is sitting unless it has received permission. Senator LeBreton and I, the Chair and cochair, were told by our respective house leaders that permission would be granted, which is why we embarked upon this meeting. Apparently, an independent senator objected, so the committee was not granted permission to sit.

The evidence is on the record. I suggest that, at this point, we continue but not as an official committee meeting. We will simply continue, as we are allowed to do, as a group of senators having a meeting with a group of people who have been kind enough to come in from out of town.

In that sense, the official committee meeting has stopped, and we will, therefore, go into an unofficial committee meeting. We will continue to ask questions and have translation as we usually do.

**Senator Morin:** Will we have reporting?

**The Chairman:** I am looking at the clerk, but we probably will not be able to continue with Hansard. You understand our dilemma. We have stretched the rule as far as we can.

In fairness, both Senator LeBreton did not think that this was an issue but, under the circumstances, we cannot blatantly go against the rules.

**Senator Morin:** Do we know how long the Senate will sit?

**The Chairman:** It will be a long session tonight.

**Senator Morin:** Will someone be taking notes?

**The Chairman:** We will do that.

**Senator Morin:** I expect it to be taken verbatim.

**The Chairman:** You people have been around long enough to understand that it is a good thing we are not running a business?

**Senator LeBreton:** Dr. Plummer, I would like you to take us through the process that you and your people went through when we had the SARS outbreak in Canada. How did you find out about it? What processes did you go through to try to control it.

L'ACIA continue de tout mettre en oeuvre pour trouver de meilleures façons d'améliorer le système et c'est pourquoi ses membres sont enchantés de pouvoir s'adresser au comité.

Nous attendons le rapport final avec impatience.

**Dr Paul Kitching, directeur, Laboratoire de Winnipeg (Arlington), Agence canadienne d'inspection des aliments:** Merci, je n'ai rien à ajouter.

**Le président:** Nous avons un petit problème technique. D'après notre règlement, un comité du Sénat n'est pas censé siéger en même temps que le Sénat, à moins d'avoir reçu la permission de le faire. Le sénateur LeBreton et moi-même, c'est-à-dire le président et la coprésidente, nous sommes fait dire par nos leaders à la Chambre respectifs que la permission nous serait accordée, et c'est pourquoi nous nous sommes embarqués dans cette séance. Apparemment, un sénateur indépendant s'y est opposé, de sorte que le comité n'a pas eu la permission de siéger.

Les exposés ont été consignés officiellement. Je propose de continuer, sauf qu'à partir de maintenant, ce ne sera plus une séance officielle du comité. Nous allons simplement poursuivre la discussion, comme nous avons le droit de le faire, en tant que groupe de sénateurs qui rencontre un groupe de gens qui ont l'amabilité de venir nous rencontrer et qui sont venus de loin pour le faire.

En ce sens, la séance officielle du comité a pris fin et nous allons donc poursuivre, mais ce sera une réunion non officielle du comité. Nous allons continuer à poser des questions et nous bénéficierons de l'interprétation comme c'est le cas habituellement.

**Le sénateur Morin:** Les sténographes vont-ils poursuivre leur travail?

**Le président:** Je me tourne vers le greffier, mais nous ne pourrions probablement pas continuer la transcription pour le harsard. Vous comprenez notre dilemme. Nous sommes allés le plus loin possible compte tenu du règlement.

En toute justice, le sénateur LeBreton et moi-même ne pensions pas que cela poserait un problème, mais, dans les circonstances, nous ne pouvons pas violer le règlement de façon flagrante.

**Le sénateur Morin:** Savons-nous pendant combien de temps le Sénat va siéger?

**Le président:** La séance de ce soir sera longue.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que quelqu'un va prendre des notes?

**Le président:** Nous allons le faire.

**Le sénateur Morin:** Je m'attends à un compte-rendu sténographique.

**Le président:** Vous nous observez depuis maintenant assez longtemps pour comprendre que c'est une bonne chose que nous ne dirigeons pas une entreprise?

**Le sénateur LeBreton:** Docteur Plummer, je voudrais que vous passiez en revue à notre intention le processus que vous-même et vos collaborateurs avez suivi quand l'épidémie de SRAS s'est déclenchée au Canada. Comment l'avez-vous appris? Quel

and what cooperation did you receive from the Centre for Disease Control in Atlanta and the World Health Organization? I know this is a multifaceted question. I believe the outbreak started in China. It took some time for them to admit that they had an epidemic there. How did you get control of it, and how long did it take before you gathered all the information that was required to kind of get a handle on it?

**Mr. Plummer:** Just for clarification, are you talking about from a laboratory perspective or a Health Canada perspective?

**Senator LeBreton:** I suppose from both.

**The Chairman:** I am not being critical when I say this, but the fact that you wear two hats is immaterial to us. We are interested in trying to understand what happened. Since you are in charge of epidemiology and surveillance, I assume at some point it fell on your desk.

**Mr. Plummer:** Correct. Putting together what happened takes us back to November of 2002 when there were rumours out of China about a severe respiratory illness and a lot of information suggesting it was influenza or chlamydia. It was quite unclear.

In February 2003 there began to be more substantive reports of a severe respiratory illness of uncertain etiology and, in mid-February, Health Canada sent out alerts to its provincial partners about this illness. On March 12 or 13 the World Health Organization issued its first alert about severe acute respiratory syndrome. It was clear at that point that this was probably not influenza or some other known agent, and that it was severe. Health Canada sent out an alert across the country within a few hours of receiving the WHO alert, but, by that time, we had already had eight cases in the country. There were seven cases in Toronto and one in Vancouver.

I followed these alerts, but we first learned that there were cases in Canada on Friday, March 14. It so happened that I was at a meeting of the Canadian Public Health Laboratory Network, a meeting between ourselves at the National Epidemiology Laboratory and provincial lab directors when I was called away to an urgent conference call when I learned of this problem. It was fortunate that it was Friday and not Saturday and we were able to call back to the lab in Winnipeg, ask people to come in the following day and begin to order things that we thought we might need to control this epidemic.

We first received specimens from Toronto and Vancouver on Saturday morning. We worked through the weekend, around the clock and, by late Sunday, early Monday we knew that this was not something we had dealt with before. We ruled out virtually all the known respiratory virus agents, and then we began work on trying to understand what was causing this.

processus avez-vous mis en branle pour essayer de l'enrayer et quelle coopération avez-vous reçue du Centre for Disease Control d'Atlanta et de l'Organisation mondiale de la santé? Je sais que c'est une question à tiroirs. Je crois que l'épidémie a commencé en Chine. Il a fallu un certain temps avant que les Chinois admettent qu'il y avait là-bas une épidémie. Comment l'avez-vous enrayerée et combien de temps s'est-il écoulé avant que vous réunissiez toute l'information dont vous aviez besoin pour avoir la situation bien en main?

**M. Plummer:** Une simple précision: voulez-vous dire du point de vue du laboratoire ou du point de vue de Santé Canada?

**Le sénateur LeBreton:** Des deux, je suppose.

**Le président:** Je ne veux pas formuler une critique, mais le fait que vous occupiez deux postes n'a aucune importance pour nous. Nous essayons de comprendre ce qui s'est passé. Comme vous êtes responsable de la surveillance épidémiologique, je suppose qu'à un moment donné, le dossier a atterri sur votre bureau.

**M. Plummer:** C'est exact. Pour passer en revue ce qui s'est passé, il faut remonter à novembre 2002, date à laquelle certaines rumeurs faisaient état d'une grave maladie respiratoire en Chine et nous avions beaucoup de renseignements faisant croire qu'il pouvait s'agir de la grippe ou de la chlamydia. C'était très confus.

En février 2003, on a commencé à recevoir des rapports plus précis faisant état d'une grave maladie respiratoire dont l'étiologie était incertaine: à la mi-février, Santé Canada a envoyé à ses partenaires provinciaux des avis d'alerte sur cette maladie. Le 12 ou le 13 mars, l'Organisation mondiale de la santé a lancé sa première alerte sur le syndrome respiratoire aigu sévère. À ce moment-là, il était clair qu'il ne s'agissait probablement pas de la grippe ni d'un autre agent pathogène connu et que la pathologie était grave. Santé Canada a lancé une alerte dans l'ensemble du pays quelques heures après avoir reçu l'avis de l'OMS, mais, à ce moment-là, nous avions déjà huit cas au Canada. Il y avait sept cas à Toronto et un à Vancouver.

J'ai suivi ces alertes, mais nous avons appris pour la première fois qu'il y avait des cas au Canada le vendredi 14 mars. Il se trouve que je participais à ce moment-là à une réunion du Réseau canadien des laboratoires de santé publique, à laquelle participaient nos collaborateurs du Laboratoire épidémiologique national et les directeurs des laboratoires provinciaux; on est venu me chercher pour que je participe à une conférence téléphonique d'urgence au cours de laquelle j'ai appris ce problème. Heureusement, c'était un vendredi et non pas un samedi et nous avons été en mesure de rappeler le laboratoire à Winnipeg pour demander à nos collaborateurs de rentrer au travail le lendemain pour commencer à mettre en place les mesures que nous jugions nécessaires pour enrayer cette épidémie.

Nous avons reçu les premiers prélèvements de Toronto et de Vancouver le samedi matin. Nous avons travaillé toute la fin de semaine, 24 heures sur 24, et dimanche soir ou lundi matin, nous avons la conviction d'être en présence d'un agent que nous n'avions jamais rencontré auparavant. Nous avons éliminé presque tous les agents viraux respiratoires connus, après quoi nous avons commencé à travailler pour essayer de comprendre quelle était la cause de cette pathologie.



The other parts of Health Canada were working with the provinces to understand what was going on, to try to provide them assistance in terms of epidemiology. Managing an epidemic is always a provincial or local matter. At the federal level you can only supplement what is happening. Health Canada could not, from both a jurisdictional and practical point of view, send a team into Toronto to manage the whole epidemic. It just would not work. We would not know who to call, how the systems worked, et cetera.

What we can do from a federal level is manage the national dimensions, and that was done through something called the pandemic influenza committee. It is a federal-provincial group that has been working for several years to plan for pandemic influenza, and that structure was used to respond to SARS. For the most part, at the federal level, it worked fairly well.

The other aspect at the national level was managing interactions with the World Health Organization and the CDC. There are a number of different points of contact. I was part of the laboratory network that the World Health Organization pulled together, that included laboratories in affected countries, plus some other laboratories. That was a key factor in making rapid advances in the science. This was an unknown agent on March 14 and by April 14 we had the whole genome of the virus sequenced, so there was some pretty amazing progress.

Have I answered the question yet?

**Senator LeBreton:** You talked about the rapid advances you made. Were you just fortunate in your research? Did you have some sense that it had originated in China in November of 2002? Rather than considering all possibilities, did you focus on a certain specific area that led you to get the information so quickly?

**Mr. Plummer:** No. In the laboratory, we use some standard, old, tried and true techniques, from a biological point of view. We also use some sophisticated, cutting-edge and state-of-the-art types of approaches. It turned out that this was a pretty easy virus to grow. It just grew in tissue culture, which is a standard technique.

The people in Hong Kong found it first, then the CDC was next, and we found it about a day or so after them. Having in place the scientific capacities to be able to deal with that situation was important. The laboratory was well prepared.

**Senator LeBreton:** Did the three of you find it independently or were you sharing information?

**Mr. Plummer:** We were sharing information, but the answer to that is it was both.

**The Chairman:** May I ask a follow-up question which troubles me, Dr. Plummer? I am not being critical. I am trying to understand the process.

Les autres secteurs de Santé Canada travaillaient avec les provinces pour comprendre ce qui se passait et tenter de leur fournir de l'aide épidémiologique. La gestion d'une épidémie est toujours une affaire provinciale ou locale. Au niveau fédéral, on peut seulement apporter une aide complémentaire. Santé Canada ne pouvait pas, autant du point de vue pratique qu'institutionnel, envoyer une équipe à Toronto pour prendre en main toute la gestion de l'épidémie. Cela ne pouvait tout simplement pas marcher. Nous n'aurions pas su qui appeler, comment les systèmes fonctionnaient, et cetera.

Ce que nous pouvons faire au niveau fédéral, c'est de gérer les dimensions nationales, et c'est ce que nous avons fait par l'entremise d'une structure appelée le comité de la grippe pandémique. C'est un groupe fédéral-provincial qui travaille depuis plusieurs années en vue d'élaborer un plan pour lutter contre la grippe pandémique, et cette structure a été mise à profit pour réagir à la crise du SRAS. Dans l'ensemble, au niveau fédéral, cela a assez bien fonctionné.

L'autre aspect au niveau national était la gestion des interactions avec l'Organisation mondiale de la santé et le CDC. Il y a un certain nombre de points de contact différents. Je faisais partie du réseau de laboratoires que l'OMS a réuni et qui comprenait des laboratoires des pays touchés ainsi que certains autres laboratoires. Ce fut un facteur clé qui a permis de faire des progrès rapides au niveau scientifique. Le virus responsable était inconnu le 14 mars et dès le 14 avril, nous avions séquencé la totalité de son génome, alors, la progression a été très rapide.

Ai-je répondu à la question?

**Le sénateur LeBreton:** Vous avez parlé des progrès rapides que vous avez faits. Est-ce simplement parce que vous avez eu de la chance dans votre recherche? Aviez-vous une idée que l'épidémie avait débuté en Chine en novembre 2002? Plutôt que de prendre en considération toutes les possibilités, vous êtes-vous concentré sur une certaine zone plus spécifique, ce qui vous a amenés à obtenir l'information aussi rapidement?

**M. Plummer:** Non. Au laboratoire, nous utilisons certaines techniques anciennes, éprouvées et normalisées du point de vue biologique. Nous utilisons également des approches raffinées, à la fine pointe de la technologie. Il s'est avéré qu'il s'agissait d'un virus assez facile à faire croître. Il poussait en culture tissulaire, ce qui est une technique standard.

Les gens de Hong Kong l'ont découvert en premier, puis ceux du CDC, et nous l'avons fait environ un jour plus tard qu'eux. Le fait d'avoir sur place la capacité scientifique pour être en mesure de faire face à cette situation était important. Le laboratoire était bien préparé.

**Le sénateur LeBreton:** Est-ce que les trois laboratoires l'ont découvert indépendamment ou est-ce que vous partagiez de l'information?

**M. Plummer:** Nous partageons de l'information, mais la réponse à votre question, c'est que c'était les deux.

**Le président:** Puis-je poser une question qui me trouble, docteur Plummer? Je n'essaie pas de critiquer, mais j'essaie de comprendre le processus.

I do not care whether it is a health crisis or military or business crisis, in any crisis you must have one person in charge. A crisis cannot be managed by a body of people because, in the end, you have to short-circuit normal decision-making processes, and intergovernmental processes are very complicated. You must be able to short-circuit the process and have somebody in a position where he or she can call the shots. Obviously, there would be a group of advisors, but somebody has to be in charge.

As I listened to you, I was not at all sure that any one person was in charge. Correct me if I am wrong on the impression I have that, on the research side, you and your colleagues across the country and around the world were working on this problem. As well, somebody in Toronto was trying to decide how to handle the situation on the ground, so to speak. Is my impression correct?

Would you agree that somebody has to be in charge, that somebody has to decide what the researchers are going to do, how the various players will coordinate their efforts and so on?

From my experience, traditional intergovernmental coordinating mechanisms are an unmitigated disaster. How would you get around that?

**Mr. Plummer:** I would agree with you completely that command and control are very important in managing crises. Clearly there must be leadership. Normal structures and normal ways of working together are ineffective in a crisis, so you must alter them.

That is a lesson that we took from the early days of SARS. Within the national microbiological laboratory we collapsed the bureaucracy completely and I was selected to be the leader. That also happened within the population of the Public Health Branch and within Health Canada. The normal structures were wiped out and new procedures put in place.

**The Chairman:** Dr. Gully I believe was probably the head person.

**Mr. Plummer:** Mr. Broughton and Dr. Gully, I am not sure to what extent that happened in Ontario. When you have our major city with a tremendous epidemic, the challenge becomes, how do you handle that. I do not have an answer. It is both a national problem and a local problem. There has to be local leadership and provincial leadership but there also needs to be national leadership.

**The Chairman:** You say you have a pandemic committee. Have they not addressed this question directly? To me it is a central question of management. Surely you cannot draw the conclusion that a committee will manage it when it involves three levels of government. For all the same reasons you collapsed the decision-making mechanisms within the laboratory system and within the department, surely the same thing has to happen in this

Peu importe qu'il s'agisse d'une crise sanitaire, d'une crise militaire ou d'une crise commerciale, dans toute crise il faut qu'il y ait une personne responsable. Une crise ne peut être gérée par un ensemble de personnes, parce qu'en bout de ligne, vous devez court-circuiter les processus de prise de décisions normaux et les processus intergouvernementaux sont très compliqués. Vous devez être en mesure de court-circuiter le processus et d'avoir quelqu'un qui est capable de diriger. De toute évidence, il y aurait un groupe de conseillers, mais quelqu'un doit être responsable.

En vous écoutant, je ne suis pas du tout certain qu'il y avait quelqu'un qui était en charge. Corrigez-moi si j'ai tort, mais j'ai l'impression que, pour l'aspect recherche, vous et vos collègues partout au pays et partout dans le monde travaillez à ce problème. En même temps, quelqu'un à Toronto essayait de décider comment gérer la situation sur place, pour ainsi dire. Est-ce que mon impression est exacte?

Seriez-vous d'accord pour dire quelqu'un doit être responsable, que quelqu'un doit décider ce que feront les chercheurs, comment les différents intervenants vont coordonner leurs efforts, et ainsi de suite?

D'après mon expérience, les mécanismes de coordination intergouvernementaux traditionnels sont un véritable désastre. Comment arriveriez-vous à surmonter ce problème?

**M. Plummer:** Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que le commandement et le contrôle sont très importants dans la gestion des crises. Il est clair qu'il doit y avoir un leadership. Les structures normales et les façons normales de travailler ensemble sont inefficaces en situation de crise, alors vous voulez pouvoir les modifier.

C'est là la leçon que nous avons tirée des premiers jours de la crise du SRAS. Au sein du Laboratoire national de microbiologie, nous avons complètement fait sauter la bureaucratie et j'ai été choisi pour diriger. C'est également ce qui est survenu au sein de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique et au sein de Santé Canada. Les structures normales ont été balayées et de nouvelles procédures ont été mises en place.

**Le président:** Je pense que le Dr Gully était probablement le grand responsable.

**M. Plummer:** M. Broughton et le Dr Gully, Je ne suis pas sûr dans quelle mesure cela s'est produit en Ontario. Lorsque votre principale ville est aux prises avec une effroyable épidémie, le défi, c'est de savoir comment vous allez faire face à cette situation. Je n'ai pas la réponse. Il s'agit à la fois d'un problème national et d'un problème local. Il doit y avoir une direction locale et une direction provinciale, mais il est également nécessaire d'avoir une direction nationale.

**Le président:** Vous dites que vous avez un comité de la grippe pandémique. Ne s'est-il pas penché directement sur cette question? À mes yeux, il s'agit d'une question centrale de gestion. Vous ne pouvez sûrement pas tirer la conclusion qu'un comité gérera la situation, lorsque cette dernière fait intervenir trois paliers de gouvernement. Pour la même raison que vous avez court-circuité les mécanismes de prise de décisions au sein du



kind of situation. I am not arguing that the commander in chief needs to be from the federal government. I am only arguing that it has got to be somebody.

**Mr. Plummer:** I completely agree with that. I think an epidemic has to be managed at the lowest level possible within the different tiers of government. I could not from Winnipeg manage the epidemic in Toronto. It would not be possible. It has to be done in Toronto. Other levels of government can supplement and help, particularly the federal level.

**The Chairman:** We will probably want to come back on that. If at any time any of you want to pitch in to either help Dr. Plummer or to tell me you have a different view, feel perfectly free to do so. This is designed to be a general discussion.

**Senator Morin:** We should look to the future. A door was opened and we, unfortunately, did not have all the information we wanted. It is very important for us to have all the information that is available.

Was there no federal presence in Toronto?

**Mr. Plummer:** Yes, there was a federal presence in Toronto.

**Senator Morin:** Were those people sitting in hotel rooms waiting for calls to come in?

**Mr. Plummer:** No, we seconded epidemiologists to the Province of Ontario and they were then deployed, first, at Toronto Public Health and later deployed at the Ministry of Health.

**Senator Morin:** As you know a number of criticisms were published. I can summarize them. It was said that there was a failure by officials to identify SARS clusters; an archaic paper-based tracking system; people at risk were not called; a complete lack of leadership; conflict; confusion; and a refusal of health ministries at both levels to share key information with the SARS centre. The ones I have cited were from an article in the *Toronto Star*.

The federal government has some of the expertise and does respond to some of these problems. The article deals mainly with provincial responsibilities but as you read it, you no mention of the supplementary roles that the federal government should have taken, especially in view of the pandemic nature of this disease. I believe there is an understanding among the provinces that the federal government should take a leadership role if there were an influenza pandemic equivalent. Is that correct?

**Mr. Plummer:** Yes, there is a federal leadership role in pandemic influenza but it is a leadership role regarding coordination. That is because pandemic influenza requires a multifaceted response. Much of the delivery will involve vaccinating people and dispensing drugs, and the federal government is not in a position to do that. You must have effective working relationships between different levels of government.

laboratoire et au sein du ministère, il est certain que dans ce genre de situation, la même chose doit arriver. Je ne prétends pas que le commandant en chef doit être quelqu'un du gouvernement fédéral. Je prétends seulement qu'il faut qu'il y ait quelqu'un.

**M. Plummer:** Je suis tout à fait d'accord. Je pense qu'une épidémie doit être gérée au plus bas niveau possible au sein des différents paliers de gouvernement. Je ne pouvais pas gérer l'épidémie de Toronto à partir de Winnipeg. Ce n'était pas possible. Cela devait se faire à Toronto. D'autres niveaux de gouvernement peuvent aider et apporter un complément de ressources, surtout le niveau fédéral.

**Le président:** Nous allons probablement revenir sur cette question. Si l'un d'entre vous veut intervenir pour aider le Dr Plummer ou pour me dire que vous avez un point de vue différent, sentez-vous tout à fait libre de le faire. La présente discussion se veut une discussion générale.

**Le sénateur Morin:** Nous devrions regarder vers l'avenir. Une porte a été ouverte et, malheureusement, nous n'avions pas toute l'information que nous voulions. Il est très important que nous ayons toute l'information qui est connue.

N'y avait-il pas de présence fédérale à Toronto?

**M. Plummer:** Oui, il y avait une présence fédérale à Toronto.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que ces gens étaient dans une chambre d'hôtel à attendre les appels?

**M. Plummer:** Non, ils ont appuyé les épidémiologistes de la province de l'Ontario et ils ont ensuite été déployés, d'abord, au service de santé publique de Toronto et ensuite, au ministère de la Santé.

**Le sénateur Morin:** Comme vous le savez, un certain nombre de reproches ont été formulés. Je peux les résumer. On a dit que les responsables n'ont pas réussi à identifier les grappes de SRAS; un système de dépistage archaïque non informatisé; les gens à risque n'ont pas été appelés; une absence totale de direction, des conflits, de la confusion; et un refus des ministères de la Santé aux deux paliers de partager de l'information clé avec le centre du SRAS. Cette liste est tirée d'un article du *Toronto Star*.

Le gouvernement fédéral possède une partie de l'expertise et n'intervient pas dans certains de ces problèmes. L'article traite principalement des responsabilités provinciales, mais en le lisant, vous ne trouvez aucune mention des rôles d'appoint que le gouvernement fédéral aurait dû jouer, surtout en raison de la nature pandémique de cette maladie. Je crois qu'il y a une entente avec les provinces selon laquelle c'est le gouvernement fédéral qui prendrait la tête s'il y avait une pandémie de grippe. Est-ce exact?

**M. Plummer:** Oui, il y a un rôle de chef de file fédéral dans la grippe pandémique, mais il s'agit d'un rôle de chef de file en matière de coordination. La raison, c'est que la grippe pandémique nécessite une réponse multiple. Une bonne partie du travail consisterait à vacciner les gens et à distribuer des médicaments et le gouvernement fédéral n'est pas en mesure de le faire. Vous devez avoir une relation de travail efficace entre les différents niveaux de gouvernement.

To come back to the SARS outbreak in Toronto, I think a large part of the problem was the interface between different levels of government, between different jurisdictions and between local public health and hospitals. Those connections did not work well.

**Senator Morin:** I think it is important is to look to the future.

My question concerns the number of lab scientists and epidemiologists, surveillance people, let us say, in the infectious field. Did I understand you to say that you had 50 persons or more in your lab?

**Mr. Plummer:** That includes Dr. Karmali was well.

**Senator Morin:** That would be 50 scientists. How many epidemiologists do you have?

**Mr. Plummer:** I have 12 medical epidemiologists and nine PhD. epidemiologists.

**Senator Morin:** That is a total of 21 epidemiologists.

**Mr. Plummer:** That is just within my centre for infectious disease control.

**Senator Morin:** I realize that. Do you think that combined number of 50 and 21 is sufficient? In a way we are lucky this happened in Toronto and not in Fredericton or a smaller city. I do not expect you to give me an exact number, but should we double it or should we increase it by, say, 10? Do we have sufficient number of scientists, experts within your branch, within your doctorate, to deal with another SARS outbreak or a new disease that could happen next year?

**Mr. Plummer:** The capacity within the Centre for Infectious Disease Prevention and Control was stretched to the limit to deal with SARS, which was an epidemic of some 400 cases. Having 21 epidemiologists with senior qualifications, to me, is obviously not enough. I do not know the appropriate number.

**Senator Morin:** Could you give us some idea? We would like to make concrete recommendations in our report. That is what we did in our last report and I think people appreciated it. If you cannot give us the answer today, perhaps you could send that information to us. It would assist us if you could be specific about the further resources you require. If we were to manage a further epidemic in the way we should, I think the resources should be federal because they can be mobilized. This is where the new resources should be, if we run into a problem next year.

**Mr. Plummer:** I would think that double the number of epidemiologists be needed.

**Senator Morin:** Are you satisfied with the number in the lab?

Pour en revenir à l'épidémie de SRAS à Toronto, je pense qu'une grande partie du problème était l'interface entre les différents paliers de gouvernement, entre les différentes autorités et entre le service de santé publique local et les hôpitaux. Ces connexions n'ont pas très bien fonctionné.

**Le sénateur Morin:** Je pense qu'il est important de regarder vers l'avenir.

Ma question concerne le nombre de scientifiques de laboratoire et d'épidémiologistes, de personnes qui s'occupent de surveillance, si vous voulez, dans le domaine des infections. Vous ai-je bien entendu dire qu'il y avait 50 personnes ou plus dans votre laboratoire?

**M. Plummer:** Cela comprend le Dr Karmali également.

**Le sénateur Morin:** On parle de 50 scientifiques. Combien d'épidémiologistes avez-vous?

**M. Plummer:** J'ai 12 médecins-épidémiologistes et 9 personnes qui ont un doctorat en épidémiologie.

**Le sénateur Morin:** Cela fait un total de 21 épidémiologistes.

**M. Plummer:** C'est uniquement au sein du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

**Le sénateur Morin:** Je comprends cela. Pensez-vous que le chiffre combiné de 50 et de 21 est suffisant? D'une certaine façon, nous sommes chanceux que cela soit arrivé à Toronto et non à Fredericton ou dans une ville plus petite. Je ne m'attends pas à ce que vous puissiez me donner un chiffre exact, mais devrions-nous doubler ce nombre ou devrait-on l'accroître, disons, de 10? Avons-nous un nombre suffisamment de scientifiques, de spécialistes au sein de votre service, au sein de votre personnel, pour faire face à une autre épidémie de SRAS ou à une nouvelle maladie qui pourrait survenir l'année prochaine?

**M. Plummer:** La capacité du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses a été étirée au maximum pour faire face à la crise du SRAS, qui a été une épidémie comportant quelque 400 cas. Le fait d'avoir 21 épidémiologistes ayant des compétences supérieures m'apparaît de toute évidence insuffisant. Mais je ne connais pas le chiffre approprié.

**Le sénateur Morin:** Pourriez-vous nous donner une idée? Nous aimerions présenter des recommandations concrètes dans notre rapport. C'est ce que nous avons fait dans notre dernier rapport et je pense que tout le monde a aimé cette façon de faire. Si vous ne pouvez pas nous donner la réponse aujourd'hui, peut-être pourriez-vous nous la donner plus tard. Cela nous aiderait si vous pouviez être précis au sujet des autres ressources dont vous avez besoin. Si nous devons gérer une nouvelle épidémie de la façon que nous devrions le faire, je pense que les ressources devraient être fédérales parce qu'elles peuvent être mobilisées. C'est là que devraient se trouver les nouvelles ressources, si nous avons un problème l'année prochaine.

**M. Plummer:** Je pense qu'il serait nécessaire de doubler le nombre d'épidémiologistes.

**Le sénateur Morin:** Êtes-vous heureux du nombre d'employés dans le laboratoire?



**Mr. Plummer:** No, I am not satisfied, but I think there is less of a problem there.

**Senator Morin:** Less of a problem with epidemiology. This would permit us to mobilize epidemiologists and send them to an area, if we had an epidemic of that type; is that fair?

**Mr. Plummer:** Yes, I think so.

**Senator Morin:** Are you in a position to mobilize provincial resources? Let us say that there were no cases in Quebec, is there any possibility of mobilizing the epidemiologists and transporting them to Toronto?

Do you know who these people are? Do you know where these resources are, and is it within your responsibility to ask for, say, five more epidemiologists from a certain location?

**Mr. Plummer:** No, it is not part of my immediate responsibility. This was done by Health Canada. Specifically, the office of nursing policy undertook that task.

**Senator Morin:** Did they have a data bank on that?

**Mr. Plummer:** I am not be the right person to comment on that. However, in response to the first part of your question, would doubling the number of people give us a capacity to better supplement what is happening at the provincial level in an epidemic, I would say that, yes, it would.

Work is also going on to set up health emergency and response teams. That is being done by the Centre for Emergency Preparedness Response. It is to put in place a reserve of individuals, health professionals who will be trained and organized into deployable teams that would be able to respond to many different kinds of health crises, including infectious disease crises. They would normally be employed as doctors, nurses and other types of health care professionals, but would be spread across the country.

**The Chairman:** In some sense, if I use the military analogy, they are part of the reserve.

**Mr. Plummer:** Yes.

**Senator Morin:** I should have started out by saying that our experts from Health Canada are world-renowned scientists. Dr. Plummer has done extraordinary work in the field of global health and AIDS, and AIDS in Africa; and Dr. Karmali is the one who made the very important discovery that E. coli is viral toxigenic, which means that it affects the kidneys. That is the E. coli in hamburger disease that is so toxic. Dr. Karmali made this discovery while he was working at the Hospital for Sick Children in Toronto. Both of you have experience in global health.

**M. Plummer:** Non, je ne le suis pas, mais je pense que le problème est moins grave là.

**Le sénateur Morin:** Moins grave que dans le cas de l'épidémiologie. Cela nous permettrait de mobiliser des épidémiologistes et de les envoyer dans une région, si nous avions une épidémie de ce genre; est-ce exact?

**M. Plummer:** Oui, je le pense.

**Le sénateur Morin:** Êtes-vous en mesure de mobiliser des ressources provinciales? Disons qu'il n'y a pas de cas au Québec, est-il possible de mobiliser des épidémiologistes de là-bas et de les envoyer à Toronto?

Connaissez-vous ces gens? Savez-vous où se trouvent ces ressources et, dans le cadre de vos responsabilités, pouvez-vous demander, disons, cinq épidémiologistes de plus d'un endroit particulier?

**M. Plummer:** Non, cela ne fait pas partie de ma responsabilité immédiate. Cela a été fait par Santé Canada. Plus spécifiquement, le Bureau de la politique des soins infirmiers a assumé cette responsabilité.

**Le sénateur Morin:** Avait-il une banque de données sur cette question?

**M. Plummer:** Je ne suis pas la bonne personne pour en parler. Cependant, en réponse à la première partie de votre question, à savoir est-ce que le fait de doubler le nombre de gens nous donnerait la capacité de mieux appuyer ce qui se fait au niveau provincial dans le cas d'une épidémie, je dirais que oui, cela nous permettrait de le faire.

Il se fait également du travail en vue de la création d'équipes d'intervention sanitaire d'urgence. Ce travail est fait par le Centre de mesures et d'interventions d'urgence. Le but est de constituer une réserve de personnes, de spécialistes de la santé, qui seront formés et organisés en équipes déployables qui seront en mesure d'intervenir dans de nombreux types de crises sanitaires différentes, y compris les crises faisant intervenir des maladies infectieuses. Ces gens seraient normalement employés à titre de médecins, d'infirmières et d'autres types de spécialistes de la santé, mais seraient répartis partout au pays.

**Le président:** Dans un certain sens, si je peux utiliser une analogie militaire, ils font partie de la réserve.

**M. Plummer:** Oui.

**Le sénateur Morin:** J'aurais dû commencer en disant que nos experts de Santé Canada sont des scientifiques de réputation internationale. Le Dr Plummer a fait un travail extraordinaire dans le domaine de la santé mondiale et du sida, et du sida en Afrique; et le Dr Karmali est celui qui a fait la découverte très importante qu'E. coli est néphrotoxique, ce qui signifie qu'il affecte les reins. Il s'agit de la souche de E. coli si toxique qui cause la maladie du hamburger. Le Dr Karmali a fait cette découverte alors qu'il travaillait au Hospital for Sick Children de Toronto. Tous les deux, vous avez de l'expérience dans le domaine de la santé mondiale.

We are talking about the importance of increasing the efficiency and resources of our Canadian public health system to meet Canadian needs. If we increased our capacity and our resources in that field, would there be any consequence at the global, international level? I do not know if both of you deal with this.

**Mr. Karmali:** I will make a couple of observations. One is that microbes do not recognize national boundaries and so infectious diseases is an international global problem, and we do now live in a new world of globalization. Individual nation states will have to readjust their perspective on how they relate to this new global infectious disease challenge.

As to the discussions about coordinating national responses to infectious disease threats, it is critical to recognize that, unless we get our own house in order in Canada, we will not be able to play an effective role in the emerging global environment in infectious diseases.

The second observation is that Canada has played a prominent role internationally in peacekeeping, but peacekeeping is now becoming regionalized and Europe will look after its own backyard, Africa will look after its own back yard, and so on. However, in the area of public health, Canada probably has a very good opportunity to play an important role internationally. Obviously, the CDC in the U.S. is a dominant global centre, but not everybody likes the United States, and some people prefer to work with countries like Canada.

Apart from globalization, incredible changes are taking place in science and technology. If we are to prevent infectious diseases, we must understand the enemy a bit more, that is, these microbes, their lifestyles and preferences. Unfortunately, they speak neither English nor French, so they will not tell us whether they prefer an aisle seat or a window seat.

A change is taking place because now there is a universal code, which is the genome. Genomes are being sequenced. We all know about the human genome project and so on. With genomic development we will learn a lot more about the lifestyles of microbes and we will study better ways to control them.

Unfortunately advances in genomics will not happen overnight, nor will they happen without significant investment, especially in public health. The United States is probably the leader overall in genomics, but in the public health area, the British and the French are way ahead of everybody, especially the French at the Pasteur Institute.

Nous parlons de l'importance d'accroître l'efficacité et les ressources de notre système de santé publique canadien pour répondre aux besoins des Canadiens. Si nous augmentons notre capacité et nos ressources dans ce domaine, y aurait-il des conséquences au niveau mondial, international? Je ne sais pas si tous les deux vous traitez de cette question.

**M. Karmali:** Je ferai quelques observations. La première, c'est que les microorganismes ne reconnaissent pas les frontières nationales, ce qui fait que les maladies infectieuses constituent un problème mondial, international, et nous vivons maintenant à l'heure de la mondialisation. Les États-nations individuels devront adapter leur perspective sur la façon dont ils vont faire face à ce nouveau défi mondial que posent les maladies infectieuses.

Quant aux discussions concernant la coordination des interventions nationales face à la menace que constituent les maladies infectieuses, il est déterminant de reconnaître qu'à moins de mettre de l'ordre dans notre propre maison, ici même au Canada, nous ne serons pas en mesure de jouer un rôle efficace dans le nouvel environnement mondial concernant les maladies infectieuses.

La seconde observation, c'est que le Canada a joué un rôle prédominant au niveau international en matière de maintien de la paix, mais le maintien de la paix est maintenant devenu une question régionalisée et l'Europe entend maintenant s'occuper de sa propre cour, l'Afrique se propose d'en faire autant et ainsi de suite. Cependant, dans le domaine de la santé publique, il y a probablement une très belle occasion pour le Canada de jouer un rôle important au plan international. De toute évidence, le CDC des États-Unis est un centre mondial dominant, mais ce n'est pas tout le monde qui aime les États-Unis et certaines personnes préfèrent travailler avec des pays comme le Canada.

Si on laisse de côté la question de la mondialisation, des changements incroyables ont lieu dans le domaine de la science et de la technologie. Si nous voulons prévenir les maladies infectieuses, nous devons comprendre un peu mieux l'ennemi, c'est-à-dire, les microorganismes, leurs modes de vie et leurs préférences. Malheureusement, ces derniers ne parlent ni l'anglais ni le français, alors ils ne nous diront pas s'ils préfèrent une place côté allée ou une place côté hublot.

Un changement a lieu parce que maintenant il y a un code universel, qui est le génome. Nous sommes en train de séquencer les génomes. Nous connaissons tous le projet du génome humain et ainsi de suite. Grâce au développement de la génomique, nous allons en savoir beaucoup plus sur les modes de vie de ces microorganismes et nous allons étudier de nouvelles façons de les combattre.

Malheureusement, les progrès en génomique ne se feront pas en un clin d'oeil et ils ne se feront pas non plus sans un investissement considérable, surtout en santé publique. Les États-Unis sont probablement le chef de file toutes catégories en génomique, mais dans le domaine de la santé publique, les Britanniques et les Français sont bien en avance sur tout le monde, surtout les Français à l'Institut Pasteur.



I think that Canada should have a prominent place internationally in this area. We should not be seen as just dabblers but, rather, as significant players. However, that will require some thought and investment.

Those are just general observations. Dr. Plummer spent 20 years in Kenya, so he can probably talk a lot more than I can on global issues.

**Mr. Plummer:** I would just add that the front line in the battle against emerging infectious diseases is off our shores. We cannot protect our borders from the importation of these diseases. In the last couple of years, we have seen the introduction of the West Nile virus, SARS and BSE, major events that we have not been able to keep out.

The other part of the front line is our surveillance systems, whether those are food inspection, local public health or surveillance in hospitals. Those are the systems that we need to have in place, and they should be strong ones, to protect ourselves.

**Senator Morin:** I would apologize to Dr. Kitching. The only reason I did not quote his scientific accomplishments is out of ignorance. I am sure that if I had your CV, it would read as impressively as that of Dr. Plummer and Dr. Karmali.

**The Chairman:** May I go back on your constant reference, Dr. Plummer, to local resources: the people on the ground? There may well be a lot of people on the ground in Toronto. I would suspect that, if you come from Charlottetown where Senator Callbeck is from, or Halifax or many other places in this country, the local resources would range from nothing to meager. Tell me if I am wrong on that. When you talk about roughly doubling the number of epidemiologists, to be effective, would a number of those not have to be located in Ottawa or your lab in Winnipeg but in fact be located out in the field?

The sense I have is that, if something goes wrong in Toronto, we are probably bound to hear about it because there are a lot of good people there, but if something goes wrong in 90 per cent of the geographical area of this country, we will probably not hear about it. If one of the roles of the federal government, at least to fulfil its international responsibilities, is to be able to tell the rest of the world when we have a problem, do we not need an intelligence system on the ground with our federal people supplementing whatever it being done on the ground by others?

**Mr. Plummer:** I agree that we need capacity all across the country. It is not enough to have a strong lab in Winnipeg and a strong program in Ottawa or a few strong programs. We need capacity all across the country. I am not sure exactly how you provide that, but one way would be have federal resources, supplementing resources at the provincial and local levels.

Je pense que le Canada devrait occuper une place prédominante dans ce domaine à l'échelle internationale. Nous ne devrions pas être vus comme uniquement des amateurs, mais plutôt comme des acteurs importants. Cependant, cela nécessitera de la réflexion et des investissements.

Il s'agit uniquement d'observations générales. Le Dr Plummer a passé 20 ans au Kenya, alors il peut probablement parler beaucoup plus que moi des questions mondiales.

**M. Plummer:** J'aimerais simplement ajouter que la ligne de front dans la bataille contre les maladies infectieuses émergentes se situe au-delà de nos côtes. Nous ne pouvons protéger nos frontières contre l'importation de ces maladies. Au cours des quelques dernières années, nous avons vu l'introduction du virus du Nil occidental, du SRAS et de l'EBS, des événements majeurs que nous n'avons pas réussi à garder hors de nos frontières.

L'autre partie de la ligne de front, ce sont nos systèmes de surveillance, qu'il s'agisse de l'inspection des aliments, des services de santé publique locaux ou de la surveillance dans les hôpitaux. Ce sont les systèmes qui doivent être en place pour nous protéger et ils doivent être solides.

**Le sénateur Morin:** Je dois m'excuser auprès du Dr Kitching. La seule raison pour laquelle je n'ai pas cité vos réalisations scientifiques, c'est par ignorance. Je suis certain que si j'avais votre CV sous les yeux, il serait tout aussi impressionnant que ceux des Drs Plummer et Karmali.

**Le président:** Docteur Plummer, puis-je revenir à vos allusions constantes aux ressources locales; aux gens qui sont sur le terrain? Il se pourrait très bien qu'il y ait beaucoup de gens sur le terrain à Toronto. Je suppose que si vous venez de Charlottetown, d'où vient le sénateur Callbeck, ou de Halifax, ou de nombreuses autres villes du pays, les ressources locales varieraient de nulles à très minces. Dites-moi si je me trompe. Lorsque vous parlez de doubler approximativement le nombre d'épidémiologistes, pour être efficace, est-ce qu'il ne faudrait pas qu'un certain nombre d'entre eux ne soient pas basés à Ottawa ou dans votre laboratoire à Winnipeg, mais qu'ils soient en fait dispersés sur le terrain?

Ce que je pense, c'est que si quelque chose tournait mal à Toronto, il est probablement inévitable que nous en entendrions parler parce qu'il y a beaucoup de gens compétents là-bas, mais si cela se produisait sur 90 p. 100 de notre territoire, nous n'en entendrions probablement pas parler. Si l'un des rôles du gouvernement fédéral, du moins pour remplir ses obligations internationales, est d'être en mesure de prévenir le reste du monde lorsque nous avons un problème, n'avons-nous pas besoin d'un système de renseignement sur le terrain comportant nos gens du fédéral pour compléter ce qui se fait sur le terrain par d'autres?

**M. Plummer:** Je suis d'accord pour dire que nous avons besoin d'une capacité partout au pays. Ce n'est pas suffisant d'avoir une forte capacité au laboratoire de Winnipeg et un programme solide à Ottawa ou quelques programmes solides. Nous avons besoin d'une capacité dans l'ensemble du pays. Je ne sais pas exactement comment on peut faire cela, mais une façon serait de faire en sorte que les ressources fédérales viennent compléter les ressources au niveau provincial et local.

**The Chairman:** Do you know of anybody who is considering doing that?

**Mr. Plummer:** I am not aware of any ongoing discussions about doing that. There are some things going on in certain limited areas. For instance, part of the HIV AIDS surveillance programme for the country involves field surveillance officers who are placed at the provincial level to collect surveillance data on HIV and AIDS.

**The Chairman:** Are they federal employees?

**Mr. Plummer:** Yes. They report to the HIV AIDS division, which reports to me.

**The Chairman:** There are federal employees scattered across the country.

**Mr. Plummer:** Yes.

**The Chairman:** To get back to the assumption that I made, which is that, in a number of smaller centres, you would not have the epidemiological support or other scientific support that you have in Toronto. Is that assumption correct?

**Mr. Plummer:** I am not an expert on that but I would think so, yes.

**Senator Callbeck:** Dr. Plummer, in your presentation at page 8 you talk about structure. A few years ago a technical advisory committee, made up of provincial laboratory directors and representatives of many other labs, used to meet and I understand that they all kept well informed. There was a formal structure. That was disbanded and I believe that caused some problems for smaller labs. Does this Canadian Public Health Laboratory Network take the place of the technical advisory committee?

**Mr. Plummer:** Yes, you are correct that, for a number of years, there was something called the technical advisory committee. Directors of the provincial laboratories were advisory to what is now the National Microbiology Laboratory. They fulfilled an advisory role. The committee, prior to my coming to Health Canada, had become quite dysfunctional. Most provincial laboratory directors felt it was not working well.

In consultation with the provincial laboratory directors, we came up with the idea of a federal-provincial laboratory network, a table of equals that was chaired by the director of the provincial lab in Saskatchewan. We work together on common problems.

It is not necessarily the federal lab that does the spade work on a given issue. It may well be that a provincial laboratory takes the lead on developing the laboratory capacity in a given area. For instance, Alberta as I mentioned has a lead in the streptococcal area; British Columbia is taking a lead in food and water safety; and Halifax has until recently — or still has, but it is under negotiation — taken a lead in enteroviruses, so there have been a number of different leads.

**Le président:** Savez-vous si quelqu'un envisage de faire cela?

**M. Plummer:** J'ignore s'il y a des discussions en cours à ce sujet. Il y a certaines choses qui se font dans certains domaines limités. Par exemple, une partie du programme de surveillance du VIH/sida pour le pays fait intervenir des agents de surveillance sur le terrain qui sont placés au niveau provincial pour recueillir des données de surveillance sur le VIH et sur le sida.

**Le président:** S'agit-il d'employés fédéraux?

**M. Plummer:** Oui. Ces gens relèvent de la Division de la surveillance du VIH/sida qui, elle, relève de moi.

**Le président:** Il y a des employés fédéraux répartis partout au pays?

**M. Plummer:** Oui.

**Le président:** Pour en revenir à l'hypothèse que j'ai formulée, à savoir que dans un certain nombre de petits centres, il n'y aurait pas le soutien épidémiologique ou le soutien scientifique que vous trouveriez à Toronto. Est-ce que mon hypothèse est correcte?

**M. Plummer:** Je ne suis pas un expert en la matière, mais je penserais que oui.

**Le sénateur Callbeck:** Docteur Plummer, dans votre exposé, à la page 8, vous avez parlé de la structure. Il y a quelques années, un comité consultatif technique, constitué des directeurs des laboratoires provinciaux et des représentants de nombreux autres laboratoires, avait l'habitude de se réunir et je crois savoir que les gens se gardaient bien informés. Il y avait une structure formelle. Or, cette structure a été démantelée et je crois que cela a causé certains problèmes pour les plus petits laboratoires. Est-ce que ce réseau canadien de laboratoires de santé publique prend la place de ce comité consultatif technique?

**M. Plummer:** Oui, vous avez raison, pendant un certain nombre d'années, il existait quelque chose qui s'appelait le comité consultatif technique. Les directeurs des laboratoires provinciaux agissaient comme conseillers auprès de ce qui s'appelle maintenant le Laboratoire national de microbiologie. Ils jouaient alors un rôle consultatif. Le comité, avant mon arrivée à Santé Canada, éprouvait des difficultés. La plupart des directeurs de laboratoires provinciaux estimaient qu'il ne fonctionnait pas très bien.

En consultation avec les directeurs de laboratoires provinciaux, nous sommes arrivés avec l'idée d'un réseau de laboratoires fédéral-provincial, une table où tout le monde est égal et qui est présidée par le directeur du laboratoire provincial de la Saskatchewan. Nous travaillons ensemble sur des problèmes communs.

Ce n'est pas nécessairement le laboratoire fédéral qui fait le travail de préparation dans une question donnée. Il se peut très bien qu'un laboratoire provincial prenne la tête pour ce qui est de développer une capacité de laboratoire dans un domaine particulier. Par exemple, l'Alberta, comme je l'ai dit, a une avance dans le domaine des streptocoques; la Colombie-Britannique assume le rôle de chef de file en ce qui a trait à la sécurité des aliments et de l'eau; et Halifax, jusqu'à récemment —



Perhaps Dr. Karmali wants to comment on that.

**Mr. Karmali:** Yes, I do. It is probably difficult for Dr. Plummer to articulate this effectively, but the fact is that the technical advisory committee was incredibly dysfunctional, and it just fell into a mire of federal and provincial distrust.

The Canadian Public Health Laboratory Network, which is an incredible achievement, with credit to Dr. Plummer, has changed the climate. It works very well and I would say that, even though the chair is the provincial lab director of Saskatchewan, I would say the de facto leader, if not the de jure leader, is Dr. Plummer. He has been effective, in part, by channelling federal monies into the provincial labs, which are cash poor. As part of the downsizing of the health systems in the provinces they let the provincial laboratories go to some extent.

Dr. Plummer has been able to provide some infusion of cash to ensure that advanced equipment is present in all the provincial labs so that they can all talk the same language. That is a major accomplishment. In one form or another, this development could form the basis of whatever it is that we want to develop in the future, perhaps as a new agency or whatever.

Public health and microbes do not recognize national or even provincial boundaries, and if we are to have a strong national system that can compete internationally, the federal government has to play a strong role. It could be a nation-building role. Infusing funds at the federal level to play a leadership role at the provincial, regional and municipal levels is absolutely vital.

**Senator Callbeck:** How long has this been in existence?

**Mr. Plummer:** It is approximately two or two and a half years.

**The Chairman:** Dr. Karmali, you emphasized your desire for a federal leadership role. Can you detail that statement for me? If I asked you to tell me the two, three or five things that the feds ought to do that they are not doing now, what would be your response? By the way, if you do not have the answer off the top of your head, I would be quite happy to have you drop me a note on it.

One of the things that distinguished our report from the Romanow report is that our recommendations were concrete. I mean our recommendations included numbers and specific steps. We did not just refer to statements of principle. I view the statement that there should be strong federal leadership as a statement of principle. My question is: "All right, wise guy, what do I do now?"

ou c'est encore le cas, mais les négociations ne sont pas encore terminées — a pris le rôle principal dans le cas des entérovirus, alors vous avez un certain nombre de chefs de file différents.

Peut-être le Dr Karmali voudrait-il ajouter quelque chose?

**M. Karmali:** Oui, en effet. Il est probablement difficile au Dr Plummer d'expliquer cela de manière efficace, mais c'est un fait que le comité consultatif technique était incroyablement inefficace et il est tout simplement tombé dans un bourbier de méfiances fédérales et provinciales.

Le Réseau canadien de laboratoire de santé publique, qui est une réalisation incroyable, et dont le mérite revient au Dr Plummer, a changé ce climat. Il fonctionne très bien et je dirais que même si la présidence est assurée par le directeur du laboratoire provincial de Saskatchewan, je dirais que le chef de fait, sinon le chef de droit, est le Dr Plummer. Il a été efficace, en partie, en canalisant l'argent fédéral vers les laboratoires provinciaux, qui sont très pauvres. Par suite des restrictions budgétaires qui ont touché les systèmes de santé dans les provinces, ces dernières ont, jusqu'à un certain point, abandonné les laboratoires provinciaux.

Le Dr Plummer a pu trouver des fonds qui ont servi à doter tous les laboratoires provinciaux d'équipement d'avant-garde leur assurant une compatibilité technologique. C'est un pas important. Ce projet, sous une forme ou une autre, peut servir de point de départ à ce que nous envisageons de développer, que ce soit un nouvel organisme ou autre chose.

Les frontières du pays ou même des provinces ne suffisent pas à stopper les maladies et les microbes. Pour instaurer un système national fort et concurrentiel à l'échelon mondial, le gouvernement fédéral devra jouer un rôle prépondérant. Un rôle qui entrerait dans le cadre de l'édification de la nation et qui nécessiterait du gouvernement fédéral, et ceci est essentiel, de fournir un financement aux provinces, régions et municipalités.

**Le sénateur Callbeck:** Depuis quand ce projet existe-t-il?

**M. Plummer:** Deux à deux ans et demi.

**Le président:** Docteur Karmali, vous désirez que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan. Pouvez-vous être plus explicite? Si je vous demande de me donner deux, trois ou quatre exemples de ce que le gouvernement fédéral devrait faire et qu'il ne fait pas maintenant, que répondrez-vous? Si vous ne pouvez pas me répondre maintenant, faites-le plus tard en m'écrivant.

L'une des distinctions entre notre rapport et celui de Romanow est que nos recommandations soient concrètes. Je veux dire qu'elles incluent des chiffres et des étapes particulières. Nous ne nous sommes pas référés seulement à des déclarations de principe. À mon avis, demander que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan est une déclaration de principe. Ma question est: «D'accord fin finaud, que dois-je faire maintenant?»

**Mr. Karmali:** I can only talk in terms of principles. The fact is that, if we are to have a national enterprise as opposed to a provincial or regional one, the federal government is the only act in town. In that sense the federal government has to provide leadership.

Having said that, the head honcho of this new organization does not have to be a federal government employee. That can be dealt with in a number of ways. Unless the federal government is going to put money in for a national enterprise, I do not think it will happen.

Exactly what the structure of this entity should be is obviously open to debate. However, I feel very strongly that a component of this new structure must be the recognition that the nature of infectious diseases is changing, with new, emerging infectious diseases, infections crossing the border, globalization, advances in science and technology and so on.

One of the areas where I do not think we do a very good job, at least as well as we should, is in the area of public health research. Arguments have been made about how health has tremendous implications for our biotech industry and so on and so forth; and those are very valid arguments. However, I believe that we need a very strong public health research infrastructure because, ultimately, that is how we innovate to deal with infectious diseases. That will give us a stronger standing internationally. As well, the SARS epidemic showed us that there was an incredible impact on the economy in the Province of Ontario and Toronto. There can be a huge economic fallout if things are not orchestrated and, as far as I am concerned, research is fundamental to progress.

Universities do not have a mandate to do public health research. Since Dr. Plummer and I have come to Health Canada, we have tried to change the dynamics of research. I think the environment could be optimized into a virtual CIHR — a public health research infrastructure which could work in parallel or be part of CIHR. If we are to become important players internationally and get our act together nationally, if the federal government invested in a public health research infrastructure, that would be a good start in getting a national enterprise together.

As far as the operational side is concerned, I do not think that top-down management is the best way to do things. Yes, there are command and control issues, but what you need at a command and control level is a vision you must set down certain rules that people at a decentralized level follow, rather than having people at different decentralized levels making up their own rules so that the orchestra is not playing in tune. Someone at the federal level, or funded by the federal government, should be the conductor of the orchestra, if that gives you the concept.

**The Chairman:** That is a very good analogy, Dr. Plummer

**M. Karmali:** Je ne peux m'exprimer qu'en termes de principes. Le fait est que si l'organisme est national au lieu d'être provincial ou régional, le gouvernement fédéral est la seule autorité et doit donc jouer un rôle de premier plan.

Ceci dit, il n'est pas obligatoire que le grand chef de ce nouvel organisme soit un employé du gouvernement fédéral. Il y a d'autres possibilités. Cette éventualité est, à mon avis, peu probable sauf si le financement de l'organisme national provient du gouvernement fédéral.

La structure exacte de cet organisme reste bien sûr à débattre. Cependant, je suis convaincu qu'un élément de cette nouvelle structure doit être la prise de conscience du changement de la nature des maladies infectieuses, de nouvelles maladies infectieuses ont fait leur apparition, des infections traversent les frontières, la mondialisation, les progrès de la science et de la technologie, et cetera.

À mon avis, il y a un domaine dans lequel nous ne sommes pas très performants, en tout cas pas autant que nous devrions, et c'est la recherche en matière de santé publique. On a beaucoup parlé de l'effet considérable que la santé a sur notre industrie biotechnique et cetera. On ne peut le nier. J'estime, toutefois, que nous devons avoir une très bonne infrastructure dans la recherche en matière de santé publique parce qu'en définitive, c'est un moyen d'innovation dans la lutte contre les maladies infectieuses. Cela renforcera aussi notre position sur la scène internationale. Nous avons également assisté à l'incroyable impact de l'épidémie de SRAS sur l'économie de l'Ontario et de la ville de Toronto. Les répercussions économiques peuvent être terribles en cas de manque de coordination et, en ce qui me concerne, la recherche est essentielle au progrès.

Les universités n'ont pas de mandat pour mener des recherches en matière de santé publique. Depuis que le Dr Plummer et moi travaillons à Santé Canada, nous avons essayé de changer la dynamique de la recherche. Je crois que l'on peut optimiser le milieu pour en faire un IRSC virtuel — une infrastructure de recherche en matière de santé publique qui pourrait fonctionner en parallèle ou faire partie de l'IRSC. Vouloir devenir des interlocuteurs importants au niveau mondial, mettre de l'ordre dans nos affaires nationales et voir le gouvernement fédéral financer une infrastructure de recherche en matière de santé publique, voilà un excellent point de départ à la création, par nous tous, d'un organisme national.

En ce qui concerne le côté opérationnel, je ne crois pas qu'une gestion descendante soit la meilleure façon de faire les choses. Oui, il y a des problèmes de direction et de contrôle, mais ce qu'il faut au niveau de la direction et du contrôle, c'est une vision, il faut établir quelques règles à suivre par le personnel à un niveau décentralisé au lieu d'avoir les employés de différents niveaux décentralisés établir leurs propres règles. Pour vous donner une image, les musiciens jouent en cacophonie, il faut que quelqu'un, au niveau fédéral ou financé par le gouvernement fédéral, occupe le pupitre du chef d'orchestre.

**Le président:** Très belle analogie, docteur Plummer.



**Mr. Plummer:** From my point of view, there are three ways you can lead. First you must have the authority to lead. That does not necessarily mean you have good leadership skills, but you have the authority, the law to provide leadership. We currently do not have that. Second, you can also provide leadership if you are the source of important information, knowledge or training. Third, you can provide leadership if you have money to get people to do what you want them to do. There are three possible ways of doing it. To have the authority to do it, I do not think we need change the laws in Canada. We are at the point where the federal government has that. I think we could build excellent systems where we do science that provides leadership so that other people follow. The third is financial.

**The Chairman:** Just to pick up on a point that Dr. Karmali mentioned, does CIHR currently fund any public health research?

**Mr. Plummer:** Yes, it does.

**The Chairman:** Does it fund much?

**Mr. Plummer:** More than the MRC did, but I do not think it is at the point where it is optimal yet. Some of that is about the absorptive capacity.

**Senator Morin:** We will be hearing the director of the institute of public health.

**The Chairman:** Dr. Plummer, can you send us a brief description of how the field officers in AIDS function? How do they coordinate with people in the provinces and municipalities, and how do they report to Ottawa? I do not need the answer now, but, if you have a description of how they function, I would appreciate it if you would send it to us.

**Mr. Plummer:** I do not have the answer now, but I will provide that to you. I will also provide some documents on the Canadian Public Health Laboratory Network.

**Senator Robertson:** A couple of concerns that automatically arise from this discussion. I come back to what Senator Kirby talked about, and that is the coordination of the resources that we have. What sort of cooperation and coordination is there among the federal agencies? Then, what sort of cooperation and coordination do those agencies have with the provincial agencies?

I do not know whether the constitutional responsibilities of health that the provinces have make this more difficult or not. I should like to know if real efforts have been made to achieve coordination, not only with the federal agencies but also with the provincial agencies.

You indicated to Senator Kirby that there was a problem in getting information. You told us that everyone wants to protect what they are doing, which is terribly destructive to progress. Could you make recommendations to us of how to get that cooperation? I do not know if the federal minister of health has discussed this at any great length with the provinces or not.

**M. Plummer:** À mon avis, il y a trois façons d'assumer la direction. Premièrement, il faut être mandaté. Cela ne veut pas dire nécessairement avoir des compétences en leadership, mais on dispose de l'autorité, la loi nous autorise à occuper un poste de direction. Il n'existe, pour le moment, aucune disposition à cet effet. Deuxièmement, on peut occuper un poste de direction si on est une source d'information, de connaissances ou de formation importantes et, troisièmement, si on a l'argent qui permet de faire faire aux gens ce que l'on veut qu'ils fassent. Ce sont les trois façons possibles de le faire. Pour l'autorisation d'occuper un poste de direction, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de changer les lois du Canada. Dans la conjoncture actuelle, le gouvernement fédéral dispose de cette autorité. Je crois que nous pouvons construire d'excellents systèmes consacrés aux sciences qui nous hisseront à la première place et pousseront les autres pays à faire de même. La troisième façon est financière.

**Le président:** Pour revenir sur un point soulevé par le Dr Karmali, est-ce que l'IRSC finance actuellement de la recherche en matière de santé publique?

**M. Plummer:** Oui.

**Le président:** Ce financement est-il important?

**M. Plummer:** Supérieur à ce que le CRM n'a jamais versé, mais je ne crois pas qu'il soit arrivé à son maximum. C'est apparemment lié à la capacité d'absorption.

**Le sénateur Morin:** Nous écouterons ce que le directeur de l'Institut de la santé publique a à dire.

**Le président:** Docteur Plummer, pouvez-vous nous envoyer une brève description du travail sur le terrain des agents de prévention et de lutte contre le sida? Comment se fait la coordination avec les provinces et les municipalités et comment soumettent-ils leur rapport à Ottawa? Vous n'avez pas à répondre de suite, mais si vous avez une description de leur façon de travailler, j'aimerais bien que vous nous l'envoyiez.

**M. Plummer:** Je ne peux pas vous répondre maintenant mais je vous en ferai part. Je vous enverrai aussi les documents sur le réseau des laboratoires de la santé publique au Canada.

**Le sénateur Robertson:** Cette discussion m'inspire quelques craintes. Je reviens sur ce que le sénateur Kirby a dit au sujet de la coordination des ressources dont nous disposons. Quels sont les niveaux de coopération et de coordination entre les organismes fédéraux et entre ces derniers et les organismes provinciaux?

Je ne sais pas si les responsabilités constitutionnelles des provinces en matière de santé rendent cela plus difficile ou non. Je voudrais savoir si de vrais efforts ont été faits pour réaliser la coordination non seulement avec les organismes fédéraux, mais aussi provinciaux.

Vous avez mentionné au sénateur Kirby que l'obtention de renseignements est un problème et que chacun veut protéger ce qu'il fait, ce qui est incroyablement destructif pour le progrès. Avez-vous des recommandations à faire pour rétablir cette coopération? Je ne sais pas si le ministre fédéral de la Santé en a discuté avec les provinces.

Coming from a small province it scares me to death to think how we would deal with an outbreak. I would also be concerned about native reserves. How would we pool the resourceful people we would require? I listened carefully as you identified what is being done, but I am not comforted. It may work in Toronto and Montreal but I am not comforted that the smaller provinces, or native reserves, or islands would be accommodated in a satisfactory manner.

Having said all that and listened to what you referred to before, it would be excellent if we could get from these specialists, some sort of a model that they think might work.

**The Chairman:** That is a good idea.

**Senator Robertson:** You could point out things that just do not work. There are areas where it breaks down. If you could give us something that would tie it all together that would be tremendously helpful. I do not expect you to give me an answer on that today. Perhaps the staff could work with these witnesses to develop something like that.

I have a couple of other concerns. Do not be easy on yourselves and do not be easy on your difficult partners. If there is someone who is not cooperating, we want to know who it is.

The provinces are standing aside and saying that this is their responsibility. However, we want to know what is going on because, one of these days, they will call for help, and we do not know what kind of help they need. I am sure you understand my concern.

When considering a model to break down barriers, surely we can learn from other countries that have better coordination structures. We do not always have to reinvent the wheel. Perhaps you would share what information you have about other models. That would be very helpful to this committee.

What is your definition of an epidemic?

**The Chairman:** As the witnesses prepare to answer the questions, I would tell you and our CPAC television audience that Senator Robertson was, for nearly a decade, the Minister of Health in New Brunswick, so it is a subject that she understands from the perspective of one of the smaller provinces.

**Mr. Plummer:** I would answer the last question first. An epidemic is an increase in the frequency of disease beyond what is normal. An epidemic can be one case or it can be many thousands.

**Senator Robertson:** Is the West Nile virus considered to be an epidemic or something else?

**Mr. Plummer:** Technically it is an epidemic. However, "epidemic" is a scary word, so some people do not often use it.

**Senator Robertson:** We should not be afraid of West Nile. Is that what you are saying?

Étant originaire d'une petite province, le seul fait de penser à une écloison m'inquiète terriblement. Je suis aussi très inquiet pour les réserves autochtones. Comment rassembler le personnel ingénieux dont nous aurons besoin? Je vous ai écouté, avec beaucoup d'attention, lorsque vous avez énuméré ce qui est fait mais je ne suis pas rassuré pour autant. Cela peut donner de bons résultats à Toronto et à Montréal mais je ne suis pas sûr que les besoins des petites provinces, des réserves autochtones ou des îles seront satisfaits.

Ceci dit et ayant écouté ce que vous avez mentionné plus tôt, ce serait une excellente initiative de recevoir de ces spécialistes un modèle qui, selon eux, pourrait donner de bons résultats.

**Le président:** C'est une bonne idée.

**Le sénateur Robertson:** Vous pourriez indiquer ce qui, tout simplement, est inefficace. Dans certains cas, cela ne fonctionne pas. Il nous serait très utile de recevoir quelque chose qui donnerait une vue d'ensemble. Je ne m'attends pas à une réponse de votre part aujourd'hui. Le personnel pourrait collaborer avec ces témoins en vue de mettre au point quelque chose de ce genre.

J'ai quelques autres préoccupations. Ne soyez indulgents ni avec vous-mêmes ni avec vos partenaires difficiles. Si quelqu'un refuse de coopérer, nous voulons savoir qui.

Les provinces n'interviennent pas et disent que c'est de leur ressort. Nous voulons, toutefois, savoir ce qui se passe car, un de ces jours, elles demanderont de l'aide et nous ne saurons pas le genre d'aide dont elles auront besoin. Je suis sûre que vous comprenez mes réserves.

Lorsqu'on envisage un modèle pour éliminer les obstacles, on peut certainement tirer parti de l'expérience d'autres pays ayant de meilleurs mécanismes de coordination. Il n'est pas nécessaire de toujours réinventer la roue. Vous serait-il possible de nous communiquer les renseignements que vous avez sur d'autres modèles? Cela facilitera la tâche du comité.

Quel sens donnez-vous au mot épidémie?

**Le président:** Pendant que les témoins préparent leurs réponses, je voudrais vous annoncer, ainsi qu'aux téléspectateurs de la CPAC, que le sénateur Robertson a été, pendant près de 10 ans, ministre de la Santé au Nouveau-Brunswick, c'est donc un sujet qu'elle aborde du point de vue de l'une des petites provinces.

**M. Plummer:** Je vais d'abord répondre à la dernière question. Une épidémie est un accroissement, supérieur à la normale, de la fréquence des maladies. Une épidémie peut toucher une personne ou plusieurs milliers de personnes.

**Le sénateur Robertson:** Le virus du Nil occidental est-il considéré comme une épidémie ou comme autre chose?

**M. Plummer:** Techniquement, c'est une épidémie. Toutefois, «épidémie» est un mot qui fait peur, aussi est-il très peu utilisé.

**Le sénateur Robertson:** Seriez-vous en train de dire que nous ne devons pas craindre le virus Nil occidental?



**Mr. Plummer:** No, I am not saying that. I am saying that people do not use the word "epidemic" often because it has scary connotations. They use other words like "outbreak" or "cluster."

**Senator Robertson:** It does not hurt to scare people once in a while

**Mr. Plummer:** We try not to do that in public health. We try to reassure.

There are obviously challenges with regard to coordination. My personal observation on the issues that arose with SARS is that coordination among different levels of government, different jurisdictions, different types of agencies, hospitals versus local public health, was at the heart of many of the problems. It was not just a lack of federal and provincial coordination.

There are obstacles to better coordination and cooperation, such as privacy legislation in the provinces that does not allow or apparently does not allow the sharing of certain kinds of information that we need to have on a national basis.

We need to work on those issues. It is challenging, but I think it is possible to work better using our current structures. The lab network has gone rapidly from having very dysfunctional relationships to one that has quite constructive relationships. It is not that we are not critical of each other, but we are critical in a positive way, and we work towards trying to find a better way to do it. I think we have collective goals.

We can do that in the epidemiology and public health spheres as well. We have taken steps — and the Minister of Health has allocated some resources — to create the equivalent of the Canadian Public Health Laboratory Network in epidemiology and public health. We are just beginning to do that.

Studies have been done by Health Canada and discussion papers have been written about public health care structures in other countries. There are many different models. The U.K. model is often looked to, but the U.K. is not a federal state like Canada, so it is easier for them in some ways.

The United States has a federation that is in some ways similar to ours. They face some of the same challenges in interaction between the states and the centres for disease control. They are not perfect. However, the CDC does have the spending power. When a problem arises, congress will often vote the CDC a lot of money. That money is to flow it through to the states to implement particular programs, so they have emerging infectious disease funds, or bio-terrorism funds or influenza funds that congress votes for that specific purpose. Those funds go to the state laboratories or the state public health agencies and they are used for those purposes.

**M. Plummer:** Non, pas du tout. Je dis que les gens n'utilisent pas le mot «épidémie» à cause de la connotation d'effroi qui y est associée. Ils utilisent d'autres termes comme «éclosion» ou «flambée».

**Le sénateur Robertson:** Il n'y a rien de mal à faire peur aux gens de temps en temps.

**M. Plummer:** Nous essayons d'éviter cela lorsqu'il s'agit de la santé publique. Nous essayons de rassurer.

Il y a évidemment des problèmes concernant la coordination. J'ai pu constater, avec les problèmes liés au SRAS, que la coordination entre les différents paliers de gouvernement, les différentes autorités, les différents types d'organismes et les hôpitaux par opposition aux centres locaux de santé publique, se situait au coeur de la majorité des problèmes; il ne s'agissait pas seulement d'un manque de coordination aux niveaux fédéral et provincial.

Des obstacles à une coordination et une coopération accrues existent, par exemple, la législation relative à la protection de la vie privée dans les provinces interdisant ou semblant interdire la divulgation de certains types de renseignements nécessaires à l'échelon national.

Nous devons trouver des solutions à ces problèmes. Ce sera difficile, mais je crois qu'il est possible de mieux travailler dans le contexte de nos structures actuelles. Au sein du réseau de laboratoires, les relations entre les laboratoires qui étaient très désorganisées sont rapidement devenues plus ou moins constructives. Cela ne signifie pas qu'il n'y a plus de critiques mutuelles, mais elles sont positives et nous recherchons une meilleure façon de fonctionner. J'estime que nous avons les mêmes objectifs.

Cet exemple peut être suivi en épidémiologie et en santé publique. Nous avons pris des mesures — et la ministre de la Santé a affecté certaines ressources — pour créer l'équivalent du Réseau de laboratoires de la santé publique au Canada dans les domaines de l'épidémiologie et de la santé publique. Nous sommes en train d'entreprendre ce projet.

Santé Canada a mené des études et des documents de travail sur les structures de soins de santé ont été publiés dans d'autres pays. Il existe de nombreux modèles. On se réfère souvent au modèle britannique, mais le Royaume-Uni n'est pas un État fédéral à l'image du Canada; dans une certaine mesure, c'est un peu plus facile pour eux.

Les États-Unis forment une fédération qui, à certains égards, est similaire à la nôtre. Ils font face aux mêmes problèmes d'interaction entre États et centres de lutte contre les maladies. Ils ne sont pas parfaits. Cependant, le CDC dispose d'un pouvoir de dépenser. Souvent, en cas de problème, le Congrès votera d'énormes crédits au compte du CDC. Cet argent doit être acheminé aux États pour la mise en oeuvre de programmes spécifiques. Ainsi, les États ont des fonds qu'ils versent à des laboratoires d'État ou à des organismes d'État de la santé publique pour financer la lutte contre les nouvelles maladies infectieuses, le bioterrorisme ou la grippe.

**The Chairman:** What does Australia do? Australia is often viewed as not a bad analogy to the Canadian context?

**Mr. Plummer:** I am not familiar with Australia, but we can provide a discussion paper on it.

**The Chairman:** It would be interesting to know that.

**Mr. Plummer:** We can certainly provide the Health Canada discussion paper.

**Senator Cook:** I come from Newfoundland, and I have been preoccupied with the issue of SARS and West Nile or whatever disease may come into my province, where we have one tertiary care hospital. I searched for answers and I found them in the most unlikely place last Friday night. I attended a women's network dinner. After dinner, two public health nurses approached me and asked to speak with me. When I asked them what it was about, they told me that they were looking for money. I told them that I was pleased that they had approached me, and I told them of my preoccupation with SARS and the like, and what would happen if it hit our province. They beamed and told me that they had met with the AMOs, the firemen, the police, and that they had a plan of action to deal with whatever is thrown at us, but, they said, "The problem is it needs funding." They were aggressive to a point, but this initiative had come from the public health nurses in the system who saw what needed to be done and sat down with their resources and drew up a plan of their needs. I was encouraged.

They agreed that I could sit down with their group and they would give me a briefing. I saw it was a wonderful good news story. All this was from two public health nurses. You, however, are at the top of the pyramid. Basic human needs have been considered by those people who meet the challenge of meeting our needs at the care level. You talked about jurisdictions and linkages. I think I met the basic link last Friday night. Would you care to comment on that.

**Mr. Plummer:** That is very interesting. It is the front-line public health care workers who were the heroes of the SARS response, particularly in Ontario. They did an amazing job.

**Senator Cook:** They were confident in their plan. They admitted that it needs funding and an infusion of some other things, but they were confident in their own abilities to manage anything that could come at them.

**Mr. Karmali:** Any system works well if you empower the people who are going to do the work to come up with ideas and innovation.

One of the benefits of having some sort of a national system is that it allows people to share their experiences at a national level so that people from all across Canada can learn from how different people in different provinces, regions or municipalities

**Le président:** Que fait l'Australie? L'Australie est souvent perçue comme un assez bon modèle de comparaison avec le Canada.

**M. Plummer:** Je ne connais pas bien la situation en Australie mais je peux vous envoyer un document de travail à ce sujet.

**Le président:** Cela serait intéressant.

**M. Plummer:** Nous pouvons certainement vous fournir le document de travail de Santé Canada.

**Le sénateur Cook:** Je suis originaire de Terre-Neuve et l'éventualité d'une apparition du SRAS, du virus du Nil occidental ou de n'importe quelle autre maladie dans ma province, qui ne dispose que d'un seul hôpital de soins tertiaires, m'inspire les plus grandes craintes. Je cherchais des solutions à ce problème et je les ai trouvées, vendredi soir, à l'endroit le plus inattendu: un repas de rencontre avec un groupe de femmes. Après le repas, deux infirmières de la santé publique m'ont abordée. Je leur ai demandé ce qu'elles voulaient, elles ont répondu qu'elles cherchaient des fonds. J'ai exprimé ma satisfaction de les rencontrer et leur ai fait part de mes préoccupations concernant le SRAS, les épidémies du même type et la situation de notre province si elles s'y déclaraient. Elles ont eu un large sourire et ont dit qu'elles avaient rencontré des AMO, des pompiers, des policiers et qu'elles avaient un plan d'action de lutte contre toute apparition de maladies, mais elles ont ajouté «le problème est que ce plan a besoin de financement». Elles ont été persistantes jusqu'à un certain point, mais cette initiative provenait d'infirmières de la santé publique qui connaissent les lacunes du système et ont collaboré à l'élaboration de ce plan. J'ai trouvé cela encourageant.

Nous avons convenu de nous rencontrer leur groupe et moi afin qu'elles me présentent leur plan. C'est vraiment un exemple à suivre. Tout cela de la part de deux infirmières de la santé publique. Vous, en revanche, êtes au haut de l'échelle. Des besoins humains fondamentaux ont été considérés par ceux qui réussissent à répondre à nos besoins en matière de soins de santé. Vous avez parlé d'autorité et de liens. Je crois que vendredi dernier, j'ai rencontré le lien fondamental. Qu'en dites-vous?

**M. Plummer:** C'est très intéressant. Ce sont les employés de première ligne qui se sont conduits comme des héros dans la lutte contre le SRAS, particulièrement en Ontario. Ils ont fait un travail admirable.

**Le sénateur Cook:** Elles avaient confiance en leur plan. Elles ont reconnu qu'il nécessitait un financement et d'autres éléments, mais elles avaient confiance en leur capacité de lutter contre n'importe quelle maladie.

**M. Karmali:** N'importe quel système peut bien fonctionner si ceux qui vont faire le travail ont les moyens d'avancer des idées et d'être novateurs.

L'un des avantages du système national est qu'il permet aux Canadiens de partager leurs expériences à l'échelon national afin que tous les citoyens sachent comment certains de leurs compatriotes vivant dans des provinces, régions ou



are coping. Somehow all of this has to be orchestrated from a national level. Funding can be channelled through the national level.

Dr. Plummer mentioned, and I would emphasize, is that, in the United States, Congress votes money to CDC. That money then flows to the states and so on. The adage that "He who pays the piper calls the tune," is a very important one, and the role for federal leadership in orchestrating a national enterprise has to involve funding to support this kind of a system.

Your observation is very important. That is the type of thing we should be encouraging, but it has to be coordinated within a national framework.

**Senator Cook:** Paramount is the training of the people. Capacity building is important, but there must be training all along the spectrum. All the dedication and the goodwill in the world will not help if the people do not have the training. Mr. Chairman, being part Newfoundlander, I know that we got skinned in public health in 1970. We did not think there would be any more epidemics. How wrong we were. Public health does need an infusion of a number of things, but money is probably the most important.

**Senator Trenholme Counsell:** I was most impressed by the way SARS was handled, and I know you gentlemen played a big role in that. I wanted to ask a question specifically regarding education. You made the statement that Canada is weak in public health research. In the last few days, somebody said to me that there was a diminution, if not major changes, in the school of public health at the University of Toronto, and that perhaps we were not training enough people in Canada in public health. That remark caused me some concern.

I was in public health for six years all together, three in New Brunswick and three in Ontario, before going into medicine. We looked to the school of public health at the University of Toronto.

What is the state of public health education in Canada in our two official languages? What is happening in the various centres and medical schools?

**Mr. Plummer:** I do not have specific information in that regard, but we will find out what we can. Since I have no personal knowledge of it, I cannot comment on the Toronto situation.

It is fair to say that we do have a crisis in public health human resources in this country similar to what is being faced in other areas. We are not training enough community health specialists, and we are not training enough people with masters and PhD degrees in public health. As well, for the most part, people are not adequately trained in the management of epidemics. There are significant human health resource challenges. We can provide the committee with some numbers, but I do not have them at hand.

municipalités différentes ont affronté des situations particulières. Il faut trouver un moyen de coordonner tout cela au niveau national. Le financement peut être acheminé au niveau national.

Le Dr Plummer a mentionné, et je le souligne, qu'aux États-Unis le Congrès vote des crédits pour le CDC. Cet argent est ensuite versé aux États, et cetera. Le dicton «Qui paie les violons choisit la musique» est très important et le rôle prépondérant du gouvernement fédéral dans l'établissement d'un organisme national doit inclure des fonds pour financer ce type de système.

Votre remarque est très importante. C'est le genre de projet que nous devrions encourager, mais il doit être coordonné dans un cadre national.

**Le sénateur Cook:** La formation du personnel est primordiale. La mise en valeur du potentiel est importante mais la formation doit se faire sur toute la ligne. Tout le dévouement et toute la meilleure volonté au monde ne serviront à rien s'il n'y a pas de formation du personnel. Monsieur le président, étant en partie Terre-Neuvienne, je sais qu'en 1970, nous avons subi de terribles compressions budgétaires dans la santé publique. Nous pensions qu'il n'y aurait plus d'épidémie et nous avons tort. La santé publique a besoin de pas mal de choses, mais l'argent est probablement la plus importante.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** J'ai été très impressionnée par la gestion de l'épidémie du SRAS et je sais, messieurs, que vous y avez joué un grand rôle. Je veux vous poser une question qui touche particulièrement à l'enseignement. Vous avez déclaré que le niveau de la recherche en matière de santé publique est bas au Canada. Il y a peu, quelqu'un m'a rapporté qu'il y avait une diminution, sinon de grands changements, dans les écoles de santé publique à l'Université de Toronto et que nous ne formions peut-être pas suffisamment de gens au Canada dans le domaine de la santé publique. Cette information me préoccupe.

J'ai travaillé dans la santé publique pendant six ans, trois au Nouveau-Brunswick et trois en Ontario, avant de me lancer dans la médecine. Nous avons mentionné l'école de santé publique de l'Université de Toronto.

Quelle est la situation de l'enseignement en matière de santé publique dans les deux langues officielles au Canada? Quelle est la situation dans les divers centres et écoles de médecine?

**M. Plummer:** Je n'ai pas de renseignement précis à cet égard, mais nous ferons des recherches. Étant donné que je n'en sais rien, je ne peux pas parler de la situation de Toronto.

Il est juste de dire qu'il y a dans notre pays, comme dans d'autre pays, une crise de personnel dans le domaine de la santé publique. Nous ne formons pas suffisamment de spécialistes en santé communautaire et nous ne formons pas suffisamment de titulaires de maîtrise et de doctorat en santé publique. De plus, la majorité du personnel ne reçoit pas une formation adéquate dans la lutte contre les épidémies. Les problèmes en personnel dans la santé publique sont énormes. Nous pouvons fournir au comité des chiffres, mais je ne les ai pas sous la main.

**Senator Trenholme Counsell:** Where are we training people in public health? Are certain medical schools doing it?

**Mr. Plummer:** I think every medical school has a residency program in community health sciences, and most students would have graduate degrees in community health sciences, masters degrees or PhDs.

**Senator Robertson:** Do we have a school of public health in Canada?

**Mr. Plummer:** We do not have schools of public health, per say. The United States has many schools of public health, and those exist in a parallel system with the medical schools. Canada did not go that route.

**Senator Morin:** What is your opinion on that Dr. Plummer?

**Mr. Plummer:** I think there are advantages and disadvantages. The fact is that the U.S., at the turn of the century before the last century, the 1900s, created schools of public health across the country. That was championed by John D. Rockefeller. The U.S. has many strong schools of public health that turn out a lot of well-trained epidemiologists and public health specialists who do very good epidemiology. However, it has caused a kind of rivalry for attention between themselves and the medical schools, so there is a dysfunctional kind of relationship.

I am not sure that is the best model there is. There may be other ways of doing it.

**The Chairman:** Just to follow up on Senator Trenholme Counsell's comment, it certainly seemed to me, from watching from afar, that a huge amount of the work done in the SARS outbreak in Toronto was done by nurses. As we noted in our last report, there are two tendencies in the health care system that are troubling. One is the desire of the medical profession to always have a "doctorcentric" system. The second is the general credential creep, which is having professions ratchet up their requirements and thereby ratchet up their income, even if the requirements are not necessary.

That brings me back in a circle to the comment about nurses. Do you know the extent to which public health nurses become doctors? Senator Trenholme Counsell said she began her professional career as a public health care nurse before going on to become a doctor. Am I correct on that?

**Senator Trenholme Counsell:** I am a nutritionist.

**The Chairman:** I think it is possible to overly concentrate on training PhDs and not enough ground level workers. Does anyone know what we are doing in ground level training?

**Mr. Plummer:** I am not well placed to comment on that, but I can say that public health nurses are the front-line workers in public health.

**The Chairman:** The impression I have is that they are a rare commodity.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Où formons-nous le personnel en santé publique? Y a-t-il des écoles de médecine qui assurent cette formation?

**M. Plummer:** Je crois que chaque école de médecine a un programme de résidence en sciences de la santé communautaire et la majeure partie des étudiants seront titulaires de grades supérieurs en sciences de la santé communautaire, des maîtrises ou des doctorats.

**Le sénateur Robertson:** Avons-nous une école de santé publique au Canada?

**M. Plummer:** Pour ainsi dire, nous n'avons pas d'écoles de santé publique. Les États-Unis ont de nombreuses écoles de santé publique et elles font partie d'un système parallèle aux écoles de médecine. Le Canada n'a pas choisi cette voie.

**Le sénateur Morin:** Qu'en pensez-vous, docteur Plummer?

**M. Plummer:** Je crois qu'il y a des avantages et des inconvénients. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les États-Unis ont créé des écoles de santé publique dans tout le pays. Cela a été favorisé par John D. Rockefeller. Les États-Unis ont beaucoup de bonnes écoles de santé publique d'où sortent des épidémiologistes solidement formés et des spécialistes en santé publique qui font un excellent travail en épidémiologie. Cependant, il en a résulté une sorte de rivalité entre les écoles de santé publique et les écoles de médecine, alors leurs rapports sont un peu dysfonctionnels.

Je ne suis pas sûr que ce soit le meilleur modèle qui existe. Il y a peut-être d'autres façons de le faire.

**Le président:** Pour donner suite aux commentaires du sénateur Trenholme Counsell, il me semble qu'une partie considérable du travail fait à Toronto durant l'épidémie de SRAS a été faite par des infirmières. Ainsi que l'indique notre dernier rapport, deux tendances du système de soins de santé sont préoccupantes. D'abord, le désir de la profession médicale de toujours vouloir un système centré sur le médecin, puis l'adaptation générale des titres de compétence qui poussent les professions à augmenter leurs exigences et, par conséquent, leurs revenus même si les exigences ne sont pas nécessaires.

Cela me ramène aux commentaires concernant les infirmières. Connaissez-vous le nombre d'infirmières de la santé publique qui deviennent médecins? Le sénateur Trenholme Counsell a dit qu'elle avait commencé sa carrière professionnelle en tant qu'infirmière de la santé publique avant de devenir un médecin. Est-ce exact?

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Je suis nutritionniste.

**Le président:** Je crois que la formation des Ph.D. reçoit une attention exagérée, mais pas celle des travailleurs à la base. Quelqu'un est-il au courant de ce qui se fait au niveau de la formation des travailleurs à la base?

**M. Plummer:** Je ne suis pas bien placé pour répondre à cette question, mais je peux dire que les infirmières de la santé publique sont les employées de première ligne en matière de santé publique.

**Le président:** J'ai l'impression qu'elles se font de plus en plus rares.



**Senator Cook:** In my province a new nurse practitioner will often specialize in either in the area of mental health or public health. As I see it, there is no other training or learning process for nurses.

**Senator Morin:** That is an important issue on which we should hear some evidence. We should have more information on human resources in public health, either those under training or those who are already public health care nurses, epidemiologists, PhDs or MDs.

**The Chairman:** We will be hearing from the Canadian Nurses Association and from the Canadian Medical Association on this.

Are there any other questions?

I thank the witnesses for coming and apologize for our late start. We appreciate your assistance.

If you have any information on some of the issues that we left with you, please send that to us.

The committee adjourned.

**Le sénateur Cook:** Dans ma province, une nouvelle infirmière praticienne fera, souvent, une spécialité en santé mentale ou en santé publique. Il ne me semble pas qu'il y ait d'autres processus de formation ou d'apprentissage pour les infirmières.

**Le sénateur Morin:** C'est une question importante sur laquelle nous devons entendre des témoins. Nous devrions avoir plus de renseignements sur les ressources humaines en santé publique, celles en formation ou celles qui sont déjà infirmières en soins de santé publique, épidémiologistes, Ph.D. ou médecins.

**Le président:** Nous entendrons l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association médicale canadienne à ce sujet.

Y a-t-il d'autres questions?

Je remercie les témoins d'être venus et je les prie de m'excuser d'avoir commencé tard. Merci de votre aide.

Si vous obtenez des renseignements sur les questions que nous vous avez posées, veuillez nous les faire parvenir.

La séance est levée.







*The Senate*

# **Reforming Health Protection and Promotion in Canada: *Time to Act***

Report of the Standing Senate Committee on  
Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable Michael J.L. Kirby

Deputy Chair:

The Honourable Marjory LeBreton

November 2003



## TABLE OF CONTENTS

---

<b>TABLE OF CONTENTS</b> .....	<b>i</b>
<b>MEMBERSHIP</b> .....	<b>ii</b>
<b>ORDER OF REFERENCE</b> .....	<b>iii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPTER ONE:</b> .....	<b>7</b>
SETTING THE CONTEXT .....	7
1.1 The Committee's Previous Study on Health and Health Care .....	7
1.2 Review of Selected Documents .....	9
1.3 The Naylor Report .....	10
1.4 Committee Commentary .....	12
<b>CHAPTER TWO:</b> .....	<b>17</b>
CREATING A HEALTH PROTECTION AND PROMOTION AGENCY.....	17
2.1 The Advantage of Having a National Arm's Length Agency .....	17
2.2 What Model for the New Agency? .....	22
2.3 The mandate of the HPPA and the timetable for its creation.....	26
<b>CHAPTER THREE:</b> .....	<b>31</b>
BUILDING DISEASE SURVEILLANCE AND EMERGENCY RESPONSE	
CAPACITY .....	31
3.1 Disease Surveillance and Control.....	32
3.2 Building an Effective Health Emergency Response System.....	35
3.3 Human Resource Development.....	37
3.4 Laboratories .....	39
3.5 Information Technology and Communications Systems .....	40
3.6 Research.....	41
3.7 Globalization.....	42
<b>CHAPTER FOUR:</b> .....	<b>45</b>
IMMUNIZATION AND CHRONIC DISEASE PREVENTION .....	45
4.1 Chronic Disease Prevention .....	45
4.2 Immunization.....	47
<b>CHAPTER FIVE:</b> .....	<b>51</b>
FINANCING REFORM: AN INCREMENTAL APPROACH .....	51
5.1 Federal Government Spending Recommended in the Naylor Report.....	51
5.2 Federal Government Spending Recommended by the Committee.....	54
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>57</b>
<b>APPENDIX A</b> .....	<b>59</b>
LIST OF RECOMMENDATIONS BY CHAPTER.....	59
<b>APPENDIX B</b> .....	<b>65</b>
LIST OF WITNESSES.....	65



## MEMBERSHIP

---

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair

The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck

Joan Cook

Jane Marie Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Wilbert Keon

Viola Léger

Yves Morin

Brenda Robertson

Douglas Roche

Eileen Rossiter

\* Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud)

\* John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

The Honourable Marilyn Trenholme Counsell also participated in this study.

\* *Ex Officio* members

## ORDER OF REFERENCE

---

Extract from the *Journal of the Senate* of Tuesday June 19, 2003:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Kirby seconded by the Honourable Senator Pépin:

That Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease. In particular, the Committee shall be authorized to examine and report on:

- the state and governance of the public health infrastructure in Canada;
- the roles and responsibilities of, and the coordination among, the various levels of government responsible for public health;
- the monitoring, surveillance and scientific testing capacity of existing agencies;
- the globalization of public health;
- the adequacy of funding and resources for public health infrastructure in Canada;
- the performance of public health infrastructure in selected countries;
- the feasibility of establishing a national public health legislation or agency as a means for better coordination and integration and improved emergency responsiveness;
- the Naylor Advisory Group Report and recommendations.

That the Committee submit its report no later than March 31, 2004.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul Bélisle,

Clerk of the Senate



## INTRODUCTION

---

*Canada must (...) move from a "Just in Time" approach to one built on the established principle of "Be Prepared", so that our public health capacity is adequate not only for today's tasks but also for tomorrow's challenges.<sup>1</sup>*

On June 19, 2003, during the Second Session of the Thirty-Seventh Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the governance and infrastructure of health protection and promotion in Canada, as well as Canada's ability to respond to health emergencies arising from outbreaks of infectious disease. The decision to undertake such a study came as a result of a combination of events including: the outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in the Greater Toronto Area and Vancouver earlier this year, the identification of a single cow diagnosed with Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) in Alberta, the confirmed cases of human infection with the West Nile Virus (WNV) in Ontario and Quebec, and threats of biological terrorism in the United States.

Globalization is a serious concern in this context. The rising speed and volume of travel and international food (and feed) trade markedly increase the risk of outbreaks of serious or emerging infectious diseases being spread rapidly throughout the world. In turn, this significantly increases the responsibility of the federal and provincial/territorial governments to put in place in Canada a structure which can rapidly meet these growing threats.

Interestingly, many of the new health risks – such as SARS, BSE and WNV – are zoonoses, that is, diseases that spread from animals to humans. As such, zoonotic diseases point to the need to alter the scope of health protection and promotion activity, in particular to the importance of closer collaboration between the human health field and the animal health sector.

The SARS outbreaks in two of Canada's major cities, and especially the extent and duration of the outbreak in Toronto, have dramatically highlighted the critical issue of protecting the health of Canadians from infectious disease outbreaks as well as the dangers Canada faces, and the challenges it must meet in the near future, with respect to health protection and promotion issues.

---

<sup>1</sup> Canadian Public Health Association, *Public Health – Serving the Public Interest*, Brief to the Committee, 1 October 2003, p. 7.

SARS had a tremendous impact on resources, health care personnel and hospitals. Above all, it was a human tragedy that claimed the lives of 44 Canadians, including two nurses and one physician. The Committee wishes to express its condolences to the families and friends of those who died from SARS, and hopes that this report, along with others recently completed or now underway, will help the country be better prepared to confront similar outbreaks in the future.

**The Committee wishes to express its condolences to the families and friends of those who died from SARS, and hopes that this report, along with others recently completed or now underway, will help the country be better prepared to confront similar outbreaks in the future.**

The terms of reference of this study read as follows:

*That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease. In particular, the Committee shall be authorized to examine and report on:*

- *the state and governance of the public health infrastructure in Canada;*
- *the roles and responsibilities of, and the coordination among, the various levels of government responsible for public health;*
- *the monitoring, surveillance and scientific testing capacity of existing agencies;*
- *the globalization of public health;*
- *the adequacy of funding and resources for public health infrastructure in Canada;*
- *the performance of public health infrastructure in selected countries;*
- *the feasibility of establishing a national public health legislation or agency as a means for better coordination and integration and improved emergency responsiveness;*
- *the Naylor Advisory Group report and recommendations.<sup>2</sup>*

In response to this broad mandate, the Committee initially reviewed background information prepared by the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament on the following issues: federal and provincial public health legislation; emergency preparedness in Canada as it relates to outbreaks of significant or emerging infectious diseases; Canada's capacity to monitor outbreaks threatening the health of Canadians; international examples of disease control and prevention infrastructure (Australia, United Kingdom, United States, as well as the proposed European Centre for Disease Prevention and Control); and the role of the World Health Organization with respect to health protection and promotion.

---

<sup>2</sup> Debates of the Senate (Hansard), 2<sup>nd</sup> Session, 37<sup>th</sup> Parliament, Volume 140, Issue 72, 19 June 2003.



In addition, the Committee reviewed relevant reports and documents from the past few years that have raised critical issues with respect to Canadian health protection and promotion infrastructure. Among others, these reports and documents include:

- Auditor General of Canada, *Health Canada – National Health Surveillance*, Chapter 2, September 2002 Report.
- Canadian Institute for Health Information and Canadian Institutes of Health Research, *Charting the Course – A Pan-Canadian Consultation on Population and Public Health Priorities*, May 2002.
- Canadian Medical Association, *Submission to the House of Commons Standing Committee on Finance*, Pre-Budgetary Consultations, November 2001.
- Canadian Public Health Association (Board of Directors), *The Future of Public Health in Canada*, Discussion Paper, October 2001.
- Advisory Committee on Public Health, *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*, prepared for the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health, March 2001 (unpublished).
- Auditor General of Canada, *Management of a Food-Borne Disease Outbreak*, Chapter 15, September 1999 Report.
- Auditor General of Canada, *National Health Surveillance – Diseases and Injuries*, Chapter 14, September 1999 Report.
- Expert Working Group on Emerging Infectious Disease Issues, *Lac Tremblant Declaration*, 1994.

Then, the Committee held a series of hearings at which it heard from a wide range of witnesses including: federal officials from the departments of Health Canada and Agriculture Canada; representatives from the Canadian Food Inspection Agency and the Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness; provincial public health officers (British Columbia, Ontario, Quebec, Saskatchewan); public health experts/researchers; national health organizations (Canadian Medical Association, Canadian Nurses Association, Canadian Public Health Association, Canadian Coalition for Public Health in the 21<sup>st</sup> Century); and representatives from the United States Centers for Disease Control and Prevention (US CDC). In addition, the Committee heard from Dr. David Naylor, Dean of Medicine at the University of Toronto, who chaired the National Advisory Committee on SARS and Public Health. The Naylor report, entitled *Learning From SARS – Renewal of Public Health in Canada*, is examined carefully in this report. In total, the Committee heard some 30 witnesses and received approximately 20 written submissions.

The Committee also wishes to acknowledge the contribution of Dr. Joseph Losos, Director of the Institute of Population Health (University of Ottawa). His expertise and very thorough knowledge provided us with sound advice throughout our study. We are most grateful for his valuable input.

The report consists of five different chapters. Chapter One summarizes the findings and recommendations of this Committee with respect to health protection, health promotion and population health. Chapter One also reviews the findings of relevant documents published over the past ten years, especially the Naylor report. In the last section

of Chapter One, the Committee comments on these reports and provides its overview of the steps that need to be taken to reform and renew health protection and promotion in Canada.

Based on the direction for reform described in the Committee's overview at the end of Chapter One, Chapter Two discusses the structural reform which is needed with respect to health protection and promotion and how such reform can be implemented. In particular, it addresses various issues related to the establishment of a new national agency for health protection and promotion.

Chapter Three provides the Committee's view on capacity enhancement for health protection and promotion, with a particular focus on surveillance systems, emergency preparedness and response, human resources, public health laboratories, information technology, communications and research.

In Chapter Four, the Committee repeats the call first contained in its October 2002 report (*Recommendations for Reform*) for the development of a national chronic disease prevention strategy. Chapter Four also addresses the need to establish a nationwide immunization program.

Chapter Five presents the Committee's recommendations on the level of federal funding that is required to initiate the reform and renewal of health protection and promotion in Canada and on the steps that must be taken in this respect in the near future.

Finally, in the concluding section, the Committee stresses the obligations on the federal government to act over the coming twelve months to begin to address the gaps in Canada's health protection and promotion system. The Committee sets out a timetable with precise objectives to be achieved within specified deadlines (3, 4, 6 and 12 months) and affirms its intention to closely monitor progress in this regard.

**The Committee stresses the obligations on the federal government to act over the coming twelve months to begin to address the gaps in Canada's health protection and promotion system. The Committee sets out a timetable with precise objectives to be achieved within specified deadlines (3, 4, 6 and 12 months) and affirms its intention to closely monitor progress in this regard.**

Thus, this report reflects the Committee's response to recent health emergencies, and addresses only those issues that the Committee felt had to be examined in order for it to elaborate an action plan for improving Canada's ability to deal with such emergencies. The Committee, of course, recognizes that there are many additional questions that remain to be addressed with regard to health protection and promotion. In its October 2002 report, the Committee indicated its intention to continue to examine health related issues through a series of thematic studies. The Committee interrupted its ongoing study of mental health and mental illness in Canada (which it intends to complete by the spring of 2005) in order to prepare this study on health protection and promotion. Future projects include an examination of population health, which will allow the Committee to complete its study of the broad issues surrounding the protection and promotion of the health of Canadians.



In this report, whenever possible, the Committee deliberately avoids the use of the term “public health”. We find that this term is often confused with “publicly funded health care” (e.g. “public health can be interpreted as the opposite of “private health”). We have, instead, adopted the terminology “health protection and promotion”. We consider health protection and promotion to encompass the following activities: disease surveillance, disease and injury prevention, health protection, health emergency preparedness and response, health promotion, and relevant research undertakings.

**In this report, whenever possible, the Committee deliberately avoids the use of the term “public health”... We have, instead, adopted the terminology “health protection and promotion”.**





## CHAPTER ONE:

### SETTING THE CONTEXT

---

*The National Advisory Committee on SARS and Public Health has found that there was much to learn from the outbreak of SARS in Canada – in large part because too many earlier lessons were ignored.<sup>3</sup>*

#### 1.1 The Committee's Previous Study on Health and Health Care

Throughout its multi-year and multi-faceted study on health and health care (1999-2002), the Committee addressed some of the issues surrounding health protection, health promotion, disease prevention and population health. *The Story So Far* (March 2001) provided detailed information on the health status of Canadians and explained the concepts of “health determinants” and “population health”.<sup>4</sup> *Current Trends and Future Challenges* (January 2002) examined trends in infectious disease, chronic disease, mental illness and injury and stressed the need to strengthen health protection and develop appropriate disease prevention and health promotion strategies.<sup>5</sup> In *Issues and Options* (September 2001), the Committee acknowledged that the federal government has an important role to play in the fields of health protection, disease prevention and health and wellness promotion. We stressed that the objectives of the federal government's role in these areas should include the following:

- With respect to health protection: to strengthen our national capacity to identify and reduce risk factors which can cause injury, illness and disease, and to reduce the economic burden of disease in Canada;
- With respect to health promotion and disease prevention: to develop, implement and assess programs and policies whose specific objective is to encourage Canadians to live a healthier lifestyle;
- With respect to wellness: to encourage population health strategies by studying and discussing the health outcomes of the full range of determinants of health, encompassing social, environmental, cultural and economic factors.<sup>6</sup>

In *Recommendations for Reform* (October 2002), the Committee highlighted the fact that health protection often functions silently – through monitoring, testing, analyzing, intervening, informing, promoting and preventing – until something happens unexpectedly.

---

<sup>3</sup> Naylor report, p. 12.

<sup>4</sup> Chapter Five, “Health Status and the Concept of Population Health”, Volume One, *The Story So Far*, March 2001.

<sup>5</sup> Chapter Four, “Disease Trends”, Volume Two, *Current Trends and Future Challenges*, January 2002.

<sup>6</sup> Chapter Four, “The Role of the Federal Government: Objectives and Constraints”, Volume Four, *Issues and Options*, September 2001.

In such instances, the crisis and profile of health protection quickly reaches major proportions. We also stressed that this often occurs at a considerable cost in human suffering, possibly including death, and financial expense for events which are often preventable.<sup>7</sup> The recent SARS outbreak is illustrative of this fact.

Also in *Recommendations for Reform*, the Committee was concerned with the low, often unstable and inconsistent, funding for health protection interventions. We also raised the issues of health protection system fragmentation; the multiple federal, provincial and territorial statutory responsibilities which result in complex negotiations among the various “players” and less than optimal coordinated activity with respect to health protection and promotion; and the lack of clear accountability and leadership. With respect to health promotion, the Committee was particularly concerned with the low level of government funding relative to its spending on health care.

In response to these concerns, the Committee recommended that the federal government ensure strong leadership in the area of health protection and promotion and provide additional funding to sustain, better coordinate and integrate health protection infrastructure in Canada as well as relevant health promotion efforts. We recommended that an amount of \$200 million in additional federal funding be devoted to this very important undertaking.

In *Recommendations for Reform*, the Committee also noted that chronic diseases are the leading cause of death and disability in Canada, that many chronic diseases are preventable to a very large extent, and that the federal government, in collaboration with the provinces and territories and in consultation with major stakeholders, should give high priority to the implementation of a National Chronic Disease Prevention Strategy. We recommended that the federal government contribute \$125 million annually to this strategy.

***In Volume Six: Recommendations for Reform the Committee recommended that the federal government ensure strong leadership in the area of health protection and promotion and provide additional funding to sustain, better coordinate and integrate health protection infrastructure in Canada as well as relevant health promotion efforts. We recommended that an amount of \$200 million in additional federal funding be devoted to this very important undertaking.***

We are pleased that the National Advisory Committee on SARS and Public Health acknowledges, throughout its report, the contribution of the work done by this Committee. Our knowledge of the issues surrounding health protection and promotion rests on the expertise of numerous individuals and organizations who provided information either as witnesses or through written submissions over the past three years. We were also made aware of health protection and promotion issues through a number of very important documents, which we summarize in the following section. The documents reviewed and testimony before the Committee strongly support the observations and conclusions of the Naylor report.

---

<sup>7</sup> Chapter Thirteen, “Healthy Public Policy: Health Beyond Health Care”, Volume Six, *Recommendations for Reform*, October 2002.



## 1.2 Review of Selected Documents

Over the past ten years, and thus long before SARS, there have been numerous calls to strengthen health protection and promotion in Canada and to improve the country's capacity to detect, prevent and manage outbreaks of significant or emerging infectious diseases.

In 1994, the Expert Working Group on Emerging Infectious Disease Issues, a working group convened by Health Canada and made up of some 40 scientists, released the *Lac Tremblant Declaration*. The Declaration noted numerous problems including jurisdictional issues, a lack of coordination, incompatible computerized systems, limited surveillance capacity, shortage of epidemiologists, lack of timely analysis of data, lack of federal leadership, and need for increased federal funding.

The *Lac Tremblant Declaration* called for “a national strategy for surveillance and control of emerging and resurgent infections”, support and enhancement of “the public health infrastructure necessary for surveillance, rapid laboratory diagnosis and timely interventions for emerging and resurgent infections”, coordination and collaboration in “setting a national research agenda for emerging and resurgent infections”, “a national vaccine strategy”, “a centralized electronic laboratory reporting system to monitor human and nonhuman infections”, and strengthening “the capacity and flexibility to investigate outbreaks of potential emerging and resurgent infections in Canada”.<sup>8</sup>

In 1997, the Conference of Deputy Ministers of Health requested that the F/P/T Advisory Committee on Population Health undertake an examination of the health protection and promotion infrastructure in Canada. The Advisory Committee completed its report – *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report* – in 2001. This unpublished report outlined strengths and challenges and suggested improvements needed with respect to health protection capacity in Canada. Amongst its findings, we wish to note the following:

- There exist disparities and differences in the health protection capacity across the country.
- There is a lack of leadership and lack of commitment of resources for health protection at higher levels of government.
- Policy directions in the field of health protection are often seen as not “well thought-out”, that is, they are not always based on scientific evidence.
- Sustained prevention strategies are lacking at all levels of government and there is little long term investment in health promotion efforts and population health.
- There is a clear shortfall in human resource planning and development.
- With respect to surveillance, there are weaknesses in data quality, quantity and accessibility; there is a need for integrated data collection systems.
- There is also a lack of skills and knowledge to analyze and use data effectively.

---

<sup>8</sup> Expert Working Group on Emerging Infectious Disease Issues, *Lac Tremblant Declaration*, 1994.

- Finally, and perhaps more importantly, “it would be difficult to manage more than one crisis at a time, and substantial crises would seriously compromise other programming”.<sup>9</sup>

In 1999, and again in 2002, the Auditor General of Canada raised critical questions about the F/P/T collaborative framework for infectious disease surveillance and outbreak management<sup>10</sup>:

- National surveillance is weak, and many systems lack timely, accurate and complete disease information. In the view of the Auditor General, this seriously impairs Canada’s ability to anticipate, prevent, identify, respond to, monitor and control diseases.
- There is no legislation that spells out roles and responsibilities of the various levels of government, or the terms of inter-jurisdictional cooperation. The lack of formal terms of cooperation impedes rapid responses to emergency situations.
- In particular, provinces and territories are under no obligation to report most communicable diseases to either the federal government or the other provinces/territories. This is a major impediment to surveillance and puts the health of Canadians at risk.
- Health Canada lacks the financial capacity to maintain its disease surveillance systems and has experienced in recent years an erosion of funding for the surveillance of infectious and chronic diseases. The Auditor General was also concerned about the way that Health Canada evaluated and accounted for its health surveillance activities.

### 1.3 The Naylor Report

In May 2003, following the outbreak of SARS, the federal Minister of Health established the National Advisory Committee on SARS and Public Health. The Advisory Committee, which was chaired by Dr. David Naylor, Dean of Medicine at University of Toronto, released its report in early October 2003. The Advisory Committee has outlined a comprehensive blueprint for urgent change in Canada’s approach to health protection and promotion. The analysis and recommendations in the Naylor report set out a clear plan for the reform and renewal of the country’s capacity to detect, prevent and manage outbreaks of significant or emerging infectious diseases.

The Naylor report builds strongly on the findings and recommendations of previous reports. As the members of the Advisory Committee themselves acknowledge: “A decade later, very similar recommendations are repeated in our report.”<sup>11</sup> A brief summary of key aspects of the report is provided below.

---

<sup>9</sup> Advisory Committee on Public Health, *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*, prepared for the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health, March 2001 (unpublished).

<sup>10</sup> Auditor General of Canada, *Health Canada – National Health Surveillance*, Chapter 2, September 2002 Report; *Management of a Food-Borne Disease Outbreak*, Chapter 15, September 1999 Report; *National Health Surveillance – Diseases and Injuries*, Chapter 14, September 1999 Report.

<sup>11</sup> Naylor report, p. 3.



The Naylor report identifies several systemic deficiencies at the institutional, local, provincial/territorial and federal levels, including multiple and serious inadequacies in the systems for disease control, surveillance and management. These shortcomings are the result of various factors, such as: resource constraints, shortfalls in the supply of skilled personnel, lack of preparedness and planning, failings in organizational structures, lack of integration of health protection with the health care sector, problems of political culture, and poor collaboration and communication across the various institutions, agencies and governments.

According to the Naylor report, many of these deficiencies could be mitigated or corrected by a stronger federal presence in the field through the creation of a national health protection and promotion agency, working at arm's length from government. This new agency, analogous in some respects to the US Centers for Disease Control and prevention, would enhance the federal government's ability to support local work in disease control and prevention. It would bring a professional and scientific focus and remove some difficulties of a political or bureaucratic nature. It would help bring a more collaborative culture among health protection and promotion professionals in different levels of government. Another advantage is that it would provide a clear focal point for Canada to manage health protection and promotion issues at its borders and to interact with its international partners.

**The Naylor report identifies several systemic deficiencies at the institutional, local, provincial/territorial and federal levels, including multiple and serious inadequacies in the systems for disease control, surveillance and management... According to the Naylor report, many of these deficiencies could be mitigated or corrected by a stronger federal presence in the field through the creation of a national health protection and promotion agency, working at arm's length from government.**

Although the Naylor Advisory Committee was not mandated to put forward specific funding recommendations, it did provide very careful "guesstimates" of the level of federal funding needed to renew health protection and promotion. According to the Naylor report, *existing* relevant funding from Health Canada amounting to some \$300 million should be immediately allocated to the new agency. An *additional* amount of \$200 million annually in federal funding is recommended for the new agency for expanded core functions. Another \$500 million in *additional* federal funding is also recommended in the Naylor report, including: earmarked federal funding to strengthen local and regional health protection and promotion capacity (\$300 million); flow through transfers to enhance communicable disease surveillance (\$100 million); and funding for a national immunization strategy (\$100 million).

**According to the Naylor report, *existing* relevant funding from Health Canada amounting to some \$300 million should be immediately allocated to the new agency. An *additional* amount of \$200 million annually in federal funding is recommended for the new agency for expanded core functions. Another \$500 million in *additional* federal funding is also recommended in the Naylor report.**

As the Naylor report clearly points out, some of this additional funding does not need to be new; it could be obtained from programs and initiatives that already exist

(such as some investment from Canada Health Infoway or from Human Resources Development Canada).

The Naylor report notes that F/P/T collaboration in the field of health emergency preparedness and response is more advanced than in health surveillance and outbreak management. This collaboration was triggered by the terrorist attacks in the United States on 11 September 2001. To accelerate collaborative activities in infectious disease surveillance and outbreak management, the Naylor report recommends the creation of a F/P/T Network for Communicable Disease Control. This network would draw together provincial and federal centres of excellence, including the British Columbia Centre for Disease Control, Quebec's National Institute of Public Health and the federal government's National Microbiology Laboratory based in Winnipeg.

The Naylor report also recommends a general inter-governmental review to harmonize F/P/T health emergency legislation. It further recommends that consideration be given to a federal health emergencies act to be activated in lockstep with provincial emergency plans in the event of a national health emergency. In the view of the Naylor Advisory Committee, this would greatly clarify the respective role of the F/P/T governments when a health threat affects multiple provinces. Nonetheless, the Naylor report repeatedly stresses that, although new legislation is necessary in the long run, all immediate reforms can be implemented before any new legislation is enacted, and in particular, the new arm's length agency could be established under current legislation.

#### 1.4 Committee Commentary

The Committee commends the Naylor Advisory Committee for its very thorough review and comprehensive report – probably the first of its kind in Canada. We strongly support the vision that inspires the Naylor report.<sup>12</sup> We consider the Naylor report as a *practical*, long term approach to improving the infrastructure and governance of health protection and promotion in Canada and we strongly support its recommendations. The Naylor report also identifies a number of initiatives that should be undertaken in the short term. This is critical if we are to restore the confidence of Canadians in the ability of their governments to protect their health, not only in the wake of the SARS outbreaks but also such devastating events as the tainted blood scandal and the Walkerton *E. coli* tragedy.

**The Committee commends the Naylor Advisory Committee for its very thorough review and comprehensive report... We consider the Naylor report as a *practical*, long term approach to improving the infrastructure and governance of health protection and promotion in Canada and we strongly support its recommendations.**

---

<sup>12</sup> In this report, the Committee focuses on the recommendations of the Naylor Advisory Committee which address more particularly the role of the federal government. We have not reviewed the Naylor report's findings and recommendations related to matters of a provincial/territorial and local nature.



The Committee wholeheartedly agrees with the Naylor Advisory Committee that time is of the essence:

There is no time for complacency. SARS has been subdued, perhaps only temporarily, and the fall season of respiratory illnesses will soon be upon Canada. The work to improve the public health system and prepare the clinical services system must begin apace.<sup>13</sup>

Therefore, the primary focus of this Committee report is to identify the *initial* steps that must be undertaken to facilitate the renewal and reform of health protection and promotion in Canada. As such, the report focuses on the structure needed to enable health protection and promotion to be strengthened in the coming years and on the steps which should be taken over the next *twelve month period* in order to handle serious infectious disease outbreaks which, like national disaster emergencies, are issues of national importance which clearly require federal leadership. In the Committee's view, this includes the following areas: structural reform, capacity enhancement, immunization and chronic disease prevention, and funding.

In terms of structural reform, we urge the creation of a Health Protection and Promotion Agency that is national in scope. We believe, along with numerous witnesses, that a single, credible national body will go a long way towards solving the problem of the current piecemeal approach to health protection and promotion. A single national authority will also enhance preparedness and facilitate response to health emergencies in a measured way, free from bureaucracy and political influence.

As a first step, we recommend that all the functions and activities currently in the Population and Public Health Branch at Health Canada be put into a new agency, which can be created by Order-in-Council and which would initially be governed by a Transitional Health Protection and Promotion Board whose role would be to provide advice on legislation, mandate and governance of the new entity. The work of the Transitional Health Protection and Promotion Board should be done as expeditiously as possible.

The Committee also concurs with the Canadian Medical Association and the Naylor Advisory Committee that the structural reform envisioned must include a "Health Alert System"

**The primary focus of this Committee report is to identify the *initial* steps that must be undertaken to facilitate the renewal and reform of health protection and promotion in Canada.**

**In terms of structural reform, we urge the creation of a Health Protection and Promotion Agency that is national in scope... As a first step, we recommend that all the functions and activities currently in the Population and Public Health Branch at Health Canada be put into a new agency.**

**The structural reform envisioned must include a "Health Alert System" which would clarify the roles and responsibilities of each level of government and allow for a rapid, graduated and systematic approach to health emergencies.**

---

<sup>13</sup> Naylor report, p. 21.

which would clarify the roles and responsibilities of each level of government and allow for a rapid, graduated and systematic approach to health emergencies. Once it has been established, the Health Protection and Promotion Agency could be asked, as a priority, to develop a Memorandum of Understanding with the provincial/territorial governments on the implementation of this health alert system.

Capacity enhancement is a broad term which encompasses a number of areas: surveillance systems, emergency preparedness and response, human resources, public health laboratories, information technology, communications and research. The Committee believes that a nationwide surveillance system must be a fundamental component of the health protection and promotion infrastructure. A strong national disease surveillance system will ensure real time notification of the occurrence of reportable diseases throughout the country. The Committee believes that the federal government must *immediately* provide additional investment to enhance and sustain disease surveillance in Canada.

**The Committee believes that a nationwide surveillance system must be a fundamental component of the health protection and promotion infrastructure... The Committee believes that the federal government must *immediately* provide additional investment to enhance and sustain disease surveillance in Canada.**

A critical element of an effective health protection and promotion infrastructure is its human resource base. Currently, Canada's health protection workforce is extremely thin. The Committee concurs with numerous witnesses that, in order to ensure self-sufficiency of the health protection workforce in the long term, a Virtual School of Public Health should be created, building on the strengths of current departments in some universities and colleges. Further, a plan for the rapid deployment of human resources during health emergencies should be developed; this requires that a fully trained "reserve" of health professionals (surge capacity) – also referred to as Health Emergency Response Teams (HERTs) – be maintained.

An effective health protection and promotion infrastructure also requires a strong capacity to communicate authoritative, evidence-based, information in a timely manner. The Committee concurs with numerous witnesses on the need to improve the current communication infrastructure to ensure timely exchange of information at all levels of the health protection and promotion infrastructure.

In addition, the Committee agrees with the Naylor report that the new agency should earmark funding to increase national capacity for research in the field of health protection and promotion. We strongly believe that federal, provincial and territorial governments must recognize that research is a core function of health protection and promotion and finance it adequately.

Once again in this report, the Committee repeats its call for a nationwide chronic disease prevention strategy and gives its support to the development of a national immunization program. We

**Once again in this report, the Committee repeats its call for a nationwide chronic disease prevention strategy and gives its support to the development of a national immunization program.**



recommend that these two initiatives be the responsibility of the Health Protection and Promotion Agency.

Finally, as was done in our previous reports, the Committee firmly believes that we must discuss how reform should be financed. We agree with the Naylor report that the set of changes needed can *only* be achieved with *both* existing and additional federal funding. We also strongly support the view of the Naylor Advisory Committee and numerous witnesses that federal funding transferred to other levels of government and institutions must be targeted and that those who receive these transfers – be they other governments, organizations or individuals – be accountable for their use of federal funds.

Our observations, conclusions and recommendations with respect to structural reform, capacity enhancement, immunization and chronic disease prevention, and funding are the subject of the four following chapters.

Finally, the Committee strongly believes that now it is *time to act*. We agree with Dr. Sunil Patel, President of the Canadian Medical Association, who eloquently stated:

**The Committee strongly believes that now it is *time to act*.**

We need leadership now more than ever. We cannot risk waiting for the next SARS.<sup>14</sup>

There is broad consensus, and often unanimity, among scientists, health professionals, non-government organizations and the Canadian public, on the changes that are needed to reform the infrastructure and governance of health protection and promotion. We must build on this momentum.

The Committee wishes to stress that failure to act promptly could severely erode public confidence in health protection infrastructure in Canada. Therefore, federal government inaction in this area would be totally unacceptable. The fact is that the federal government *must* live up to its obligations, both national and international. This is why, in the following chapters, we lay out a critical path for action, along with benchmarks against which progress can be measured.

**Federal government inaction in this area would be totally unacceptable. The fact is that the federal government *must* live up to its obligations, both national and international.**

---

<sup>14</sup> Canadian Medical Association, “CMA Calls on All Governments to Step Up in the Wake of SARS Report”, *News Release*, 9 October 2003 (available on the Internet at [www.cma.ca](http://www.cma.ca)).





## CHAPTER TWO:

### CREATING A HEALTH PROTECTION AND PROMOTION AGENCY

---

*The [new agency] will provide expertise, facilitation and coordination of an integrated pan-Canadian public health system. The Agency should be at arms' length from government, and report to Parliament through the Minister of Health. The Agency should be built on existing centres of expertise across the country, including regional centres, and should have spending authority to leverage action in municipalities, provinces and non-governmental organizations.<sup>15</sup>*

In this chapter we examine the question of the nature of the structural reforms that are needed in order to improve Canada's ability to deal with health emergencies across the country and to lay the institutional groundwork for better protecting and promoting the health of Canadians. We begin by looking at the rationale for creating a new national agency that would operate at arm's length from government. We then evaluate the potential models for such an agency, and indicate that we agree with the model proposed in the Naylor Report. This chapter concludes by outlining the mandate that the Committee proposes for the new agency and the immediate steps that need to be taken in order to make it a reality.

#### 2.1 The Advantage of Having a National Arm's Length Agency

Numerous witnesses explained to the Committee the important advantages that could be realized by the establishment of a new health protection and promotion agency that would be able to operate with a greater measure of autonomy than is now feasible for the Population and Public Health Branch of Health Canada. The Committee stresses that it does not interpret these remarks by witnesses, or the Committee's commentary on them, as implying any overt criticism of the dedicated and professional staff that work on public health issues within Health Canada. Rather, we need to view the lessons that have been learned in the wake of the SARS outbreaks as pointing to systemic weaknesses in the structures that are currently charged with dealing with the protection of the health of Canadians.

Witnesses also indicated repeatedly that Canada is not starting from scratch in thinking about how to improve health protection and promotion infrastructure. The Committee heard that while it would be an exaggeration to say that the country possesses a coordinated health protection system, there are nonetheless considerable resources available at the federal, provincial/territorial and local levels. It is thus the lack of adequate coordination and the absence of a sharp focus in the face of an emergency that is the problem, and it is clear that greater collaboration must be part of the solution.

---

<sup>15</sup> Canadian Public Health Association, Brief to the Committee, p. 8.

It is in the Population and Public Health Branch (PPHB) of Health Canada that the most significant of these resources are housed. At the present time, the components of the PPHB include the Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Chronic Disease Prevention and Control, Emergency Preparedness and Response, Surveillance Coordination, and Healthy Human Development. PPHB also has oversight of the National Microbiology Laboratory in Winnipeg and the Laboratory for Foodborne Zoonoses in Guelph.

Although PPHB represents the major concentration of federal involvement in health protection and promotion, other branches of Health Canada as well as other departments and agencies are also involved in various ways. Examples include the Health Products and Food Branch and the Healthy Environments and Consumer Safety Branch within Health Canada, and the Canadian Food Inspection Agency and the Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness, both of which report to federal ministries other than Health Canada.

Across the country the capacity and resources available for health protection and promotion activities vary greatly, as does the organization of these services. Many witnesses cited Quebec's National Institute for Public Health and the British Columbia Centre for Disease Control as excellent provincial examples of a coordinated and integrated approach to health protection and promotion.

As noted briefly in the previous chapter, however, there are significant defects in the overall approach to health protection and promotion in Canada, many of which were underlined by the SARS crisis. While there can be no doubting the courage, skill and dedication of frontline health providers, they were regularly confronted with having to improvise in situations where procedures, protocols and resources should have been in place beforehand.

The Naylor report identifies numerous serious systemic deficiencies in the response to SARS, including:<sup>16</sup>

- lack of surge capacity in the clinical and public health systems;
- difficulties with timely access to laboratory testing and results;
- absence of protocols for data or information sharing among levels of government;
- inadequate capacity for epidemiologic investigation of the outbreak;
- lack of coordinated business processes across institutions and jurisdictions for outbreak management and emergency response;
- weak links between public health and the personal health services system, including primary care, institutions, and home care.

A Consultation Report conducted by the Coalition for Public Health in the 21st Century that was presented to the Committee also identified inadequate funding, human resource shortages and lack of coordination between the various levels of government as key

---

<sup>16</sup> Naylor report, p. 1.



barriers to the development of adequate health protection and promotion policies and services in Canada.<sup>17</sup>

How, then, would the existence of a national agency that operated at arm's length from government have made a difference?

Witnesses raised many points in addressing this question. However, witnesses were unanimous in their insistence on the need for a new agency. Their reasons can be grouped under seven headings. They argued that an arm's length, national health protection and promotion agency would:

1. *Concentrate and focus federal resources.* A new agency would enhance the federal government's ability to support local work in disease control and prevention and provide a clear focal point for Canada to manage health issues at its borders and to interact with the global community.
2. *Enhance collaboration amongst the various levels of government and providers.* A new agency would allow for a clearer definition of the different levels of responsibility amongst the various levels of government. It would also promote greater collaboration among federal and provincial health protection and promotion professionals because the federal representatives would not be part of the Health Canada bureaucracy, and they could therefore have greater flexibility in the ways in which they interacted with their provincial counterparts.
3. *Promote the integration of health protection and promotion activities.* A new agency would bring resources to the table, by placing agency personnel into organizations at the provincial or regional level, and by utilizing the new agency's financial resources to help fund the integration of activity amongst the various levels of government. This would allow it to leverage investments by other levels of government in such a way as to create greater uniformity and consistency in health protection and promotion interventions.
4. *Allow greater timeliness and flexibility in responding to emergencies.* A new agency would be designed to have the ability to act rapidly and efficiently in a way that is more difficult to achieve from inside a ministry. Decision-making would be much quicker and not as dependent on the cumbersome procedures of a major government department. The Committee was told by Mr. Ron Zapp, the Executive Director of the B.C. Centre for Disease Control, that this had been their experience with an

**National health protection and promotion agency would:**

- *Concentrate and focus federal resources*
- *Enhance collaboration amongst the various levels of government and providers*
- *Promote the integration of health protection and promotion activities*
- *Allow greater timeliness and flexibility in responding to emergencies*
- *Improve and focus communication*
- *Enable a longer-term planning horizon*
- *Better attract and retain health professionals*

<sup>17</sup> "A Consultation Report on Current Public Health Issues", presented to the Committee on October 16, 2003 by the Coalition for Public Health in the 21st Century, p. 5.

independent agency. As he said: "I like to think of it as the ability to act, fleet of foot... in a ministry you are a lot more cautious about actions taken."<sup>18</sup>

5. *Improve and focus communication.* The concentration of resources in the new agency would allow for an accumulation of experience in communicating both with health protection officials and with the public at large. This would foster consistent messaging. As was evident during the SARS crisis, it is vitally important to have professional, coordinated, communication in order to retain credibility with the public, and with international partners. Equally important, improved intelligence systems inside Canada would allow information to come to the agency and then be communicated quickly to the front lines.
6. *Enable a longer-term planning horizon.* A new agency should be designed so as not to be bound to the annual planning cycle of the government, but could plan for longer term risks such as chronic diseases over a period of 15 or 20 years.
7. *Better attract and retain health professionals.* A new agency would be much more competitive in striving to attract the type of scientists that are needed to have a truly world class health protection and promotion system. Moreover, it would provide a working environment that would result in a more meaningful career path for professionals and scientists in this field than exists today.

In subsequent chapters, we will examine the measures that a new agency could take in order to realize the gains described in the above seven headings. However, it is useful to try to imagine how such an agency might have influenced the actual course of recent events had it been in place prior to the SARS crisis. In his testimony to the Committee, Dr. Naylor gave an account of how things might have transpired if there had been an outbreak of SARS or some other infectious agent in a small province such as PEI, and a national agency had been in place. It is worth summarizing Dr. Naylor's account in detail:

First, in this imaginary and positive alternative universe, the agency would continually monitor national and international incidents, and establish and participate in comprehensive surveillance systems that would provide the ability to detect potential risk. When the next SARS begins to emerge, alerts would be sent out widely. The first time that the infectious agent turns up in Berlin or Singapore or anywhere, a series of alerts would be issued worldwide saying that virus X or bacterium B is on the move. Those alerts would then rapidly and actively be transmitted through the Canadian public health and health care systems. Medical officers of health and health care leaders would both have immediate alerts from the new agency and from the desk of the public health officer of Canada saying that there is a problem.

If it were a known agent, a well-understood and agreed protocol as to what should be done would then be followed. There would also be a common set of business processes on how to respond. Therefore, instead of making it up as they went along, frontline responders would be guided by a national consensus

---

<sup>18</sup> *Committee Proceedings*, 25 September 2003.



on best practices. If it were a new agent, as soon as the Government of Prince Edward Island called for help, the national agency would provide support on the ground based on already-existing protocols for collaboration.

Improved response thus involves a combination of factors. All jurisdictions in Canada could count on better technical support from the federal government. Agreed processes and plans, as well as reciprocal, collaborative, agreements with other jurisdictions, would mean that everything would be in place. It would not be a situation in which the people involved would simply be writing in a blank book. Gaps would still have to be filled in and many things would have to be understood and investigated, but the protocols and processes that were needed in Prince Edward Island would already be in place to fight the outbreak.

How costs for dealing with such a situation were shared would depend on the nature of the outbreak. It is clear that it would be up to the jurisdiction that was affected by an emergency to call in the emergency response team. Depending upon the nature of the threat, this intervention would be funded by the jurisdiction that called in the response team, or it would be co-funded.<sup>19</sup>

The Committee was also impressed by the fact that the model of a separate agency devoted to health protection and promotion is gaining currency internationally. Of course, the arm's length agency that remains in many regards exemplary is the U.S. Centres for Disease Control and Prevention headquartered in Atlanta.

**The Committee was also impressed by the fact that the model of a separate agency devoted to health protection and promotion is gaining currency internationally.**

In Britain, the Health Protection Agency was created in April 2003. It brings together into a single organization all the specialist personnel dealing with the various aspects of communicable disease prevention and control at the local, regional and national levels for England and Wales. It was initially established as a special health authority but will eventually become a non-departmental public body.

At the European level, a plan to create a European Centre for Disease Control was endorsed by the European Commission in July 2003, and now awaits passage by the European Parliament. The new centre would take over the existing communicable disease network and early warning and response system, while leaving responsibility for action with European member states. The new arrangement is designed to coordinate more effectively the responses of the 15 different health protection and promotion systems and to provide a structured and systematic approach to the control of communicable diseases.

The Committee wishes to emphasize strongly the fact that it did not hear a single dissenting voice from witnesses concerning the potential for an arm's length agency to improve Canada's ability to anticipate and cope with health emergencies, as well as to make a

---

<sup>19</sup> See *Committee Proceedings*, 9 October 2003.

positive contribution to the health status of Canadians. The Committee heard from individuals and organizations representing the entire health protection and promotion community.

In summary, the Committee is firmly convinced, along with all the witnesses it heard, that a new agency operating at arm's length would contribute to enabling quicker, more efficient and nimbler responses in the face of health emergencies. It would also improve the chances for greater cooperation amongst all levels of government, thereby furthering the capacity to protect and promote of the health of all Canadians.

**In summary, the Committee is firmly convinced, along with all the witnesses it heard, that a new agency operating at arm's length would contribute to enabling quicker, more efficient and nimbler responses in the face of health emergencies. It would also improve the chances for greater cooperation amongst all levels of government, thereby furthering the capacity to protect and promote of the health of all Canadians.**

Although there was agreement in principle on the advantages of a new arm's length agency, various models have been proposed, and it is to selecting the best option that we now turn.

## **2.2 What Model for the New Agency?**

A key question in choosing a model for the new agency concerns how to achieve the proper balance between having an agency that operates at arm's length from government and yet is still able to ensure an integration of health protection and promotion activities with the services provided in other parts of the health care system. Numerous witnesses stressed the fact that at the same time that it highlighted the need for an arm's length agency, the SARS outbreak also revealed the extent to which the two sectors, health protection and acute care, must work together in dealing with health emergencies. The SARS outbreak also emphasized the need for close collaboration with the veterinary sector given that infectious agents can be harboured by both humans and animals.

**A key question in choosing a model for the new agency concerns how to achieve the proper balance between having an agency that operates at arm's length from government and yet is still able to ensure an integration of health protection and promotion activities with the services provided in other parts of the health care system.**

Moreover, witnesses insisted that, on an ongoing basis, it is important to envisage the integration of health protection concerns with the delivery of services by the broader health care system. For example, Dr. Richard Massé, the Director of Quebec's National Institute for Public Health, described to the Committee the way that Quebec has attempted to integrate health protection and promotion within the network of community clinics (CLSCs) that already exist in the province. Dr. Massé also insisted on the need to build capacity throughout the health care system in order to be fully prepared for health emergencies.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> *Committee Proceedings*, September 25, 2003.



Another critical issue in thinking about the design for a new agency is the absolute need for close collaboration between the new agency, other levels of government and health professionals inside and outside of government. This interaction also includes people, agencies and government departments whose main focus is other than health. In this respect, it is clear that the health of Canadians cannot be protected by the health system working in isolation. The actions or inactions of many other sectors greatly influence our health. For example, we cannot be protected from communicable diseases if our water is unsafe, nor can we be protected from respiratory illnesses if our air is polluted, any more than from illnesses harboured in animals which can spread to humans.

Both the Naylor Committee and the Canadian Medical Association (CMA) reviewed the various options available for structuring the new agency. In its brief to the Committee, the CMA provided a useful summary of the three main choices:<sup>21</sup>

1. *Federal departmental entity*: Under this option, federal legislation would create the new agency as a departmental branch or agency, with the minister of health having general authority for its management and direction. The head of the agency would be answerable to the minister for the quality of management and advice provided by the office and for any actions taken by agency officials. The main difference from what exists currently is that the agency would be a separate entity reporting to the minister of health, as opposed to the current structure where the Population and Public Health Branch is an entity within the department. Canadian examples of this type of arrangement include the Canadian Food Inspection Agency (CFIA), while the U.S. Centres for Disease Control and Prevention constitutes an international example. This model also allows for combination of capacities of several departments into one agency as happened with CFIA.
2. *National arm's length agency*: This option consists of incorporating the agency as a not-for-profit entity with the federal and provincial governments as members/shareholders. The agency would be structured on a corporate model with a board, and the Chief Health Protection and Promotion Officer of Canada acting as CEO. However, instead of direct accountability to Parliament, the office would be accountable to the Conference of F/P/T Ministers of Health. This option would signal a more radical departure from current arrangements and would make the agency more of a joint venture with the provinces and territories. This is the model that has been employed in establishing Canadian Blood Services, the Canadian Institute for Health Information, and Canada Health Infoway.
3. *Federal arm's length agency*: A third option would consist of creating a more independent entity within the purview of the federal government. Under this approach, the agency would be structured on a corporate model in which decision-making powers are vested in a board. The board, in turn, would be accountable to Parliament and the public for the exercise of these powers. The Chief Health

---

<sup>21</sup> Canadian Medical Association, *CMA Submission on Infrastructure and Governance of the Public Health System in Canada*, Brief to the Committee, 8 October 2003, p. 8.

Protection and Promotion Officer of Canada would be the CEO and would oversee the day-to-day operation of the office. The agency would be created through new federal legislation but would remain under the health portfolio, with accountability to Parliament through the federal health minister. Canadian examples of this type of structure include the Canadian Centre for Substance Abuse<sup>22</sup>. Internationally, the UK has adopted this model for its Health Protection Agency.

In deciding from amongst these various models, a final consideration that is very important to the Committee is the speed with which the new agency could be created. The Committee is convinced that the current alignment of forces favours the rapid creation of a new agency, and that it is essential to take advantage of these propitious conditions and to act *now*.

**In deciding from amongst these various models, a final consideration that is very important to the Committee is the speed with which the new agency could be created. The Committee is convinced that the current alignment of forces favours the rapid creation of a new agency, and that it is essential to take advantage of these propitious conditions and to act *now*.**

From this point of view, if the creation of a new agency depended on reaching agreement amongst multiple levels of government, there is good reason to think that it would be impossible to expedite its birth. One has only to look at the tortuous gestation period currently afflicting the creation of a new national Health Council by the federal, provincial and territorial governments to realize how difficult this kind of process can be. In the Committee's view, this consideration all but rules out the second of the three options above.

The Committee also recognizes that there is not that much difference between the first and third models. The main difference is that the third model involves a structure that more closely resembles an independent corporation that reports to Parliament rather than to a specific Minister. The Naylor Committee recommended adopting the first option while the CMA has favoured the third. The Committee agrees with the Naylor report that a separate, arm's length agency

**The Committee agrees with the Naylor report that a separate, arm's length agency reporting to the federal Minister of Health is the best option. In particular, it should allow the quickest path to the creation of the agency and also enable an easy integration into the agency of the activities currently carried out by the Population and Public Health Branch of Health Canada.**

---

<sup>22</sup> The CMA and the Naylor Report had slightly diverging views on which category best described the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The CMA placed the CIHR in its third category, while Naylor placed it in the first category. This dispute does not affect the Committee's assessment of which structure is most appropriate for the new health protection and promotion agency. However, it is worth noting that there is a fundamental difference between the CIHR and the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), which is clearly in the third category. The CIHR is legally "an agent of Her Majesty" while the CCSA "has the capacity of a natural person" and it is explicitly declared in its constituting legislation that "the Centre is not an agent of Her Majesty".



reporting to the federal Minister of Health is the best option. In particular, it should allow the quickest path to the creation of the agency and also enable an easy integration into the agency of the activities currently carried out by the Population and Public Health Branch of Health Canada.

The Committee heard testimony that the Canadian Food Inspection Agency (CFIA), which typifies the proposed model, has put in place a well-developed system for coordination between the federal and provincial/territorial levels. One example brought to the attention of the Committee was the Canadian Food Inspection System Implementation Group that involves participants from the federal level and representatives from health and from agriculture from each province. As well, the CFIA has established explicit federal-provincial/territorial agreements and protocols that clearly set out which level of government has what responsibilities in dealing with food borne illnesses.

Witnesses indicated that Canada has a system of food inspection that is considered by world standards to be very good, with a very clear line of responsibility and accountability for the control of animal diseases in Canada.<sup>23</sup> Moreover, the CFIA maintains a close working relationship with the veterinary profession and is very active in communicating with the industry. Communication efforts include addressing professional meetings, publishing articles in professional journals, as well as ongoing contact with veterinary herd health advisors who inspect animals on the farm and maintain a professional relationship with individual farmers.

Thus, the Committee believes that this model offers sufficient flexibility to allow for the development of a cooperative working relationship between the new agency, other levels of government and the various professions involved in health protection.

The Committee proposes that the new agency be called the Health Protection and Promotion Agency (HPPA), and that it be headed by the Chief Health Protection and Promotion Officer of Canada (CHPPO). We will look in greater detail at how the new agency can fulfill its mandate in the following chapters, but it is important first to specify a number of organizational details.

**The Committee proposes that the new agency be called the Health Protection and Promotion Agency (HPPA), and that it be headed by the Chief Health Protection and Promotion Officer of Canada (CHPPO).**

The Committee recommends that the CHPPO be appointed by the Minister of Health and that the CHPPO be a health professional. The Minister would also appoint a Health Protection and Promotion Board that would receive regular reports from the CHPPO. The Health Protection and Promotion Board would be made up of highly regarded individuals with expertise in the field of health protection and promotion. It would deliver an annual report to Parliament through the Minister. The Health Protection and Promotion Board would not be chaired by the CHPPO, but by a member of the council who is independent of government.

---

<sup>23</sup> *Committee Proceedings*, September 18, 2003.

Day-to-day functioning of the agency would be the responsibility of the CHPPO, who would also appoint a Chief Operating Officer (COO). The COO should be a highly qualified manager with experience in the health field.

Furthermore, in order to ensure sustained input from the provinces and territories, the Committee recommends the creation of an Advisory Council for the HPPA, consisting of the chief medical officers (or their equivalent)<sup>24</sup> from each province and territory. The Committee notes that a Council of Chief Public Health Officers already exists, and that this existing council could be adapted to fulfill an advisory role to the HPPA. In addition to ensuring a strong liaison with the provinces and territories, this advisory council would provide the CHPPO with regular scientific advice.

**In order to ensure sustained input from the provinces and territories, the Committee recommends the creation of an Advisory Council for the HPPA, consisting of the chief medical officers (or their equivalent) from each province and territory.**

As well, given the urgency of developing an overall strategy for human resource development, including the recruitment, training and retention of skilled professionals in the field of health protection and promotion, the Advisory Council could work closely with the CHPPO in developing a national human resources plan. Since many human resource issues fall under provincial jurisdiction, this would ensure input from the provinces and territories. Furthermore, it would allow serious consideration to be given to the most appropriate way forward to create a virtual school of health protection and promotion in Canada, for example by using networks of universities and community colleges from different regions of the country.

### **2.3 The mandate of the HPPA and the timetable for its creation**

The final issue that needs to be addressed is the scope of the mandate for the new agency. As already noted, the Committee heard compelling testimony with regard to the need for a comprehensive and integrated approach to health protection and promotion. At the same time, the Committee believes very strongly that it is essential to act quickly.

This means that the Committee favours a strategy that would allow immediate steps to be taken to create the arm's length agency that everyone agrees is required, even if this means that the agency will only subsequently grow to its full potential. The Committee is convinced that this can be done in such a way so as not to compromise the eventual expansion of the agency's mandate to encompass all the elements that are required to protect and promote the health of Canadians. In this regard, the Committee was

---

<sup>24</sup> After careful reflection, the Committee recommends that this advisory council should be composed of provincial medical officers of health, who could draw on additional outside expertise as they saw fit. The Committee believes that any attempt to create a new F/P/T mechanism for naming this advisory council, as would have to be done if it was composed of people other than the existing medical officers of health, would raise the spectre of interminable squabbling and prolonged delays.



told that the B.C. Centre for Disease Control has in fact been built up gradually in a similar fashion over the years.

As indicated in Chapter One, the Committee recommends that a Transitional Health Protection and Promotion Board for the Health Protection and Promotion Agency be struck as quickly as possible, but not later than three months from now. In the Committee's view, both the HPPA itself and the Transitional Health Protection and Promotion Board should be created through Order in Council if necessary. The Transitional Health Protection and Promotion Board would be charged with setting up the HPPA. It would be authorized to work with Health Canada in order to transfer all existing resources and staff from the current Population and Public Health Branch of Health Canada. These would serve as the initial core of the HPPA. The Transitional Health Protection and Promotion Board would begin the search for appropriate candidates to head the HPPA and would make a recommendation to the federal Minister of Health in this regard. The head of the Transitional Health Protection and Promotion Board would not be eligible to become the CHPPO, thus assuring impartiality and that no vested interests taint the design of the HPPA.

**The Committee recommends that a Transitional Health Protection and Promotion Board for the Health Protection and Promotion Agency be struck as quickly as possible, but not later than three months from now. In the Committee's view, both the HPPA itself and the Transitional Health Protection and Promotion Board should be created through Order in Council if necessary.**

The Committee believes that any foot dragging in establishing this Transitional Health Protection and Promotion Board, and enabling it to begin work on the creation of the HPPA, on the part of the Government would be unacceptable. In fact, *the Committee feels strongly that the Agency should be created, by Order-in-Council if necessary, before the end of the current fiscal year, that is before March 31, 2004.*

**The Committee feels strongly that the Agency should be created, by Order-in-Council if necessary, before the end of the current fiscal year, that is before March 31, 2004.**

The mandate of the HPPA would include the following:

- (a) Work with provincial and territorial authorities to articulate a coherent long-term vision for health protection and promotion in Canada, and develop a plan to realize this vision;
- (b) Partner with already existing provincial bodies (such as the B.C. Centre for Disease Control and the Quebec National Institute of Public Health) and help stimulate the development of similar comprehensive initiatives in regions of the country where they do not yet exist;
- (c) Ensure that Canada meets all its international health protection obligations;
- (d) Enhance disease surveillance and control in Canada;
- (e) Direct federal efforts to be prepared for any health emergency and work closely with P/T authorities to ensure that there is adequate capacity in all regions of the country;
- (f) Direct federal activity designed to improve all aspects of health protection and promotion infrastructure across the country;

- (g) Actively promote the health of Canadians, and, in particular, design and implement a National Chronic Disease Prevention Strategy as well as a national Immunization Program.

The Committee believes that, from the outset, the HPPA should comprise at least the following areas of responsibility: disease surveillance and control; emergency preparedness; immunization; and chronic disease prevention. Funding should be provided both for the core functioning of the agency itself, and also to enable it to channel clearly targeted funds to other levels of government, institutions, agencies and individuals (enabling, for example, the placement of epidemiologists in all necessary locations and jurisdictions across Canada or the funding of targeted research projects).

Therefore, the Committee recommends that:

**A new agency, to be called the Health Protection and Promotion Agency (HPPA), be created, and that it be headed by the Chief Health Protection and Promotion Officer of Canada (CHPPO). The HPPA would be a legislated service agency that reports to the federal Minister of Health.**

**The CHPPO be appointed by the federal Minister of Health and be a health professional.**

**The Minister also appoint a Health Protection and Promotion Board that would receive regular reports from the CHPPO and function as the Board of the HPPA. The Health Protection and Promotion Board should be chaired by someone other than the CHPPO.**

**In order to ensure sustained input from the provinces and territories, and to provide the HPPA with the best possible scientific advice, that an Advisory Council be created composed of the Chief Medical Officers from the provinces and territories. The advisory council should also contribute to working out a comprehensive human resource strategy by the HPPA.**

**The mandate of the HPPA should include the following:**

- (a) Work with provincial and territorial authorities to articulate a coherent long-term vision for health protection and promotion in Canada, and develop a plan to realize this vision;**
- (b) Partner with already existing provincial bodies (such as the B.C. Centre for Disease Control and the Quebec National Institute of Public Health) and help stimulate the development of similar comprehensive initiatives in regions of the country where they do not yet exist;**
- (c) Ensure that Canada meets all its international health protection obligations;**



- (d) Enhance disease surveillance and control in Canada;
- (e) Direct federal efforts to be prepared for any health emergency and work closely with P/T authorities to ensure that there is adequate capacity in all regions of the country;
- (f) Direct federal activity designed to improve all aspects of health protection and promotion infrastructure across the country;
- (g) Actively promote the health of Canadians, and, in particular, design and implement a National Chronic Disease Prevention Strategy as well as a National Immunization Program.

A Transitional Health Protection and Promotion Board for the Health Protection and Promotion Agency be struck as quickly as possible, through Order in Council if necessary. The Transitional Health Protection and Promotion Board would be charged with setting up the HPPA. The HPPA should come into being before the end of the current fiscal year (March 31, 2004). It would be authorized to work with Health Canada in order to transfer resources and staff from the current Population and Public Health Branch of Health Canada that would serve as the initial core of the HPPA. The Transitional Health Protection and Promotion Board would begin the search for appropriate candidates to head the HPPA and would make a recommendation to the Minister in this regard.





## CHAPTER THREE:

### BUILDING DISEASE SURVEILLANCE AND EMERGENCY RESPONSE CAPACITY

---

*The public health system no longer has the capacity to conduct timely analyses; to accurately inform and support policy-makers, health stakeholders and the public; in addition to implementing appropriate services and community surveillance strategies.<sup>25</sup>*

There are many factors that contribute to Canada's ability to respond to a health emergency, especially one involving an infectious disease outbreak. Information about the outbreak must be gathered quickly, analyzed accurately and swiftly, and the results communicated clearly both to those involved in dealing with the outbreak and to those affected by it. Some of this work is an ongoing activity, and requires that people and resources be continually deployed. However, when an outbreak occurs, there may also be the need to mobilize additional resources and personnel to cope with an emergency situation. In other words, human resource planning in order to create a reserve or surge capacity is required.

**When an outbreak occurs, there may also be the need to mobilize additional resources and personnel to cope with an emergency situation. In other words, human resource planning in order to create a reserve or surge capacity is required.**

Some of this additional capacity involves resources that can be kept in storage and then drawn upon as needed. This is the case, for example, of the National Emergency Stockpile System that is currently managed by the Centre for Emergency Preparedness and Response that was created by the federal government in July 2000. It includes 165 emergency 200-bed hospitals that can be transported wherever needed on short notice. But, in many ways, as several witnesses told the Committee, surge capacity is needed in other areas, for example epidemiology. Moreover, surge capacity in a crisis is only as good as the ongoing day-to-day infrastructure.

If there are not sufficient trained personnel involved in health protection activities on a daily basis somewhere in the country, then there will not be people who can be called upon in an emergency. If there is insufficient laboratory capacity to handle routine cases, there will not be the ability to respond to a major increase in the volume of testing that must be done in the event of an emergency. If there is no regular communication between people in different regions of the country, then they are unlikely to be able to handle the intense exchanges that characterize an emergency situation. If information systems are antiquated, then they will probably not be able to cope with the speed with which outbreaks of infectious disease occur in a globalized world. If there are no procedures

---

<sup>25</sup> Canadian Nurses Association, *Public Health in Canada – Strengthening the Foundation*, Brief to the Committee, 8 October 2003, p. 3.

and protocols in place to deal with 'normal' situations, they will not miraculously appear when the country is faced with an emergency.

Not only must this diversified capacity be in place for Canada to be able to deal with health emergencies, but it must all be coordinated so that the response is a coherent and effective one. This makes building up Canada's capacity to be prepared for emergencies a very complex undertaking. Health emergencies always begin locally, even if they can rapidly escalate and involve multiple jurisdictions. This means that this coordination must involve all levels of government. Yet, recent history speaks eloquently to the difficulty of fostering federal/provincial/territorial cooperation in the health care field.

**Not only must this diversified capacity be in place for Canada to be able to deal with health emergencies, but it must all be coordinated so that the response is a coherent and effective one.**

Still, it is only when all the pieces are in place that it will be possible to say with confidence that Canada is as prepared as it should be to deal with whatever health emergency may arise. The need to ensure that all regions of the country possess the capacity to do their share of this inter-connected job is one of the reasons that it is imperative to establish the Health Protection and Promotion Agency that was recommended in the preceding chapter.

**The need to ensure that all regions of the country possess the capacity to do their share of this inter-connected job is one of the reasons that it is imperative to establish the Health Protection and Promotion Agency.**

In addition, the recent SARS outbreaks revealed the extent to which the weakness of Canada's disease surveillance infrastructure, the lack of coordination of surveillance activities and the absence of sufficient surge capacity, are matters of considerable urgency. In the final analysis, the entire disease surveillance and control system is only as strong as its weakest link.

The Committee agrees with the Naylor report that it would be *imprudent* to put off beginning to deal with these insufficiencies until the new agency is fully established. It is therefore necessary to proceed along parallel tracks. At the same time that the new Health Protection and Promotion Agency is being set up, measures must also be taken to build up disease surveillance and emergency response capacity. As the new agency comes online, it will be possible for it to contribute to the maximization of these efforts.

In this chapter, we look both at the immediate measures that should be taken by the federal government to fulfill its responsibilities in this regard, and at how this federal effort could best contribute to the enhancement of disease surveillance and emergency response capacities across the country.

### **3.1 Disease Surveillance and Control**

Echoing widely accepted definitions, the Naylor report defines health surveillance as "the tracking and forecasting of any health event or health determinant



through the continuous collection of high-quality data, the integration, analysis and interpretation of those data into surveillance products (for example reports, advisories, alerts, and warnings), and the dissemination of those surveillance products to those who need to know.”<sup>26</sup>

In a review of Health Canada’s surveillance activities conducted in 2002 as a follow-up to a 1999 report, the Auditor General of Canada concluded that:

...national surveillance is still weak; many systems still lack timely, accurate, and complete disease information; and gaps in surveillance continue. These weaknesses, taken together, compromise Health Canada’s ability to anticipate, prevent, identify, respond to, monitor, and control diseases and injuries. Further, they compromise its ability to design, deliver, and evaluate public health activities.<sup>27</sup>

Although the Auditor General noted that Health Canada had made some progress in correcting deficiencies that had been identified in the 1999 report, the 2002 review made it clear that “an established approach to national health surveillance is still many years away.”<sup>28</sup>

Both the Auditor General and the Naylor report insist that there is a strong role for the federal government in providing national leadership in order to ensure that there is proper coordination across the different jurisdictions and that there is sufficient capacity to carry out disease surveillance in all regions of the country. As is often the case in health matters, there are thus two sides to the role of the federal government. In the first place, it must assume its own responsibilities for establishing the necessary national infrastructure, and, in the second, it must assist all provinces and territories in building up their own capacity. In the Committee’s view, both these aspects should ultimately be reflected in the structure and activities of the new Health Promotion and Protection Agency (HPPA).

There is also an important time dimension to dealing with the deficiencies in health and disease surveillance. A key lesson from the recent SARS outbreaks is that Canada cannot afford to wait the “many years” that the Auditor General expects it to take to create a fully integrated health surveillance system. Measures must be taken to enhance capacity in the short term, at the same time that efforts are begun to put in place all the elements of a comprehensive system that would be completed over a longer time frame.

The Committee believes that the recommendations contained in the Naylor report creatively address this complex interaction between regional and national dimensions of disease surveillance and control across both the shorter and longer terms. Naylor proposes a four-pronged approach that the Committee strongly endorses. More precisely, then, the Committee recommends that:

---

<sup>26</sup>Naylor report, p. 80.

<sup>27</sup> Auditor General of Canada, *Health Canada – National Health Surveillance*, Chapter 2, September 2002 Report, p. 1.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 6.

The federal government should establish, under the aegis of the new Health Protection and Promotion Agency, a Communicable Disease Control Fund, that would be used to assist the provinces and territories in building up their disease surveillance and control capacity. Money from this fund should begin flowing immediately and be directed to preparing for the coming influenza season.

Work should begin immediately on building up existing F/P/T infrastructure with the goal of establishing a comprehensive network that would link disease surveillance and control activities across all jurisdictions.

The new Health Protection and Promotion Agency should make infectious disease surveillance a top priority and work closely with the new F/P/T network to build capacity. It should also work to develop over a longer period a comprehensive, national disease surveillance system.

Urgent efforts should be directed towards reaching memoranda of understanding between the various levels of government on the business procedures and protocols that would allow for greater immediate collaboration on disease surveillance and control.

As a first step, the Committee believes it is essential for federal and provincial/territorial governments to agree upon a list of reportable communicable diseases. This would ensure that provinces have an obligation to report infectious disease outbreaks to the other provinces and to the federal government. Federal funding for the Communicable Disease Control Fund could be made subject to agreement on this list of infectious diseases.

In addition, the Committee believes that, as part of its efforts to show the way forward in building up surveillance capacity in Canada, the federal government should deploy federally-employed field epidemiologists in every region of the country. This would serve three purposes. In the first place, it would allow for a direct line of communication between the various regions of the country and the new Health Protection and Promotion Agency. The information would travel in both directions – from a province or region to the Agency and from the Agency to the province/region. This would assist the Agency in meeting its own responsibilities to report to international bodies. Second, these epidemiologists could be integrated into ongoing provincial and/or regional activities, thereby enhancing local capacity to monitor and control disease outbreaks. Finally, as indicated below, as federal employees, these epidemiologists could be rapidly deployed to wherever they might be needed in the event of a health emergency. They would thus contribute to the creation of the surge capacity that is required to handle this kind of emergency.

**The Committee believes that, as part of its efforts to show the way forward in building up surveillance capacity in Canada, the federal government should deploy federally-employed field epidemiologists in every region of the country.**



Witnesses suggested that there could be organizational hurdles to overcome in implementing this program, especially in some provinces. This will no doubt require a flexible program design that will allow provincial variations to be taken into account. But witnesses also pointed out that precedents exist for this type of federal initiative, and that currently a number of provinces have made use of federally-employed epidemiological personnel to strengthen their own surveillance capacity. In particular, the head of the B.C. Centre for Disease Control, Mr. Ron Zapp, told the Committee that federal epidemiologists had regularly and successfully been deployed in his agency.

Therefore, the Committee recommends that:

**The federal government take responsibility for deploying federally-employed field epidemiologists to every region of the country, in sufficient numbers so that they can be effectively sent wherever they may be needed to assist in dealing with a health emergency.**

It must be emphasized, with respect to this recommendation, that Canada must have a nationwide surveillance system if it is to meet its international obligations. In the absence of such a system, or if it relies on other governments to provide the required information, Canada runs the risk of not being able to fulfill its international commitments.

**Canada must have a nationwide surveillance system if it is to meet its international obligations.**

### **3.2 Building an Effective Health Emergency Response System**

Even when Canada has in place a fully functioning disease surveillance network, it will still be necessary to have additional capacity in reserve to deal with emergency situations. Moreover, it is extremely important that the necessary protocols be in place in order to ensure coordination between different jurisdictions in case of an emergency, and that the appropriate level of government assume a leadership role as required.

In its briefs to the Senate Committee and to the Naylor Committee, the Canadian Medical Association (CMA) proposed a formal health alert system that would clearly establish which level of government is expected to take what kind of action. The Committee agrees with this general approach and believes that something along the lines of the system proposed by the CMA should be adopted. This system would build further on the business procedures and protocols that, in the preceding section, the Committee recommended be negotiated as soon as possible amongst the various levels of government.

**The Canadian Medical Association (CMA) proposed a formal health alert system that would clearly establish which level of government is expected to take what kind of action. The Committee agrees with this general approach and believes that something along the lines of the system proposed by the CMA should be adopted.**

*Diagram 1* at the end of this chapter illustrates roughly how this system could work. It is based on a slightly modified version of the CMA's proposal. For the sake of clarity, we have combined the main elements of the CMA's proposal with a flow chart in which the Auditor General illustrated how, ideally, information on communicable diseases should reach the federal government. This system would help to ensure that there was a constant flow of information between the various levels of government, at all times. In the case of an emergency, depending on the severity of the risk to the health of Canadians, different levels of government would assume key responsibilities in dealing with a health emergency, and would have available to them the necessary legal powers to take appropriate action.

The Committee believes that one of the first tasks assigned to the Health Protection and Promotion Agency should be to develop a Memorandum of Understanding with each province and territory on the implementation of this health alert system. Therefore, the Committee recommends that:

**The HHPA develop, as a priority, a Memorandum of Understanding with each province and territory on the implementation of a Health Alert System. As a first step, the reporting of infectious disease outbreaks should be agreed on immediately.**

**The Committee believes that one of the first tasks assigned to the Health Protection and Promotion Agency should be to develop a Memorandum of Understanding with each province and territory on the implementation of this health alert system.**

Another essential component to ensure preparedness in the face of an emergency is to have sufficient trained personnel available. Clearly, given the sporadic nature of health emergencies, this personnel will normally be employed elsewhere, while making themselves available for ongoing training in their emergency response duties. There are two points in particular that the Committee wishes to highlight in this regard.

In the first place, the Committee believes that the federal government should contribute directly to creating this reserve capacity. As indicated above, the Committee recommends that the federal government do this by deploying sufficient numbers of federally-employed field epidemiologists to every region of the country.

Second, the Committee endorses the approach outlined in the Naylor report that builds on the idea of Health Emergency Response Teams (HERTs). These would be composed of professional health personnel specially trained and certified for rapid deployment to emergency sites across the country. HERTs could be established to fulfill the role of the national response team envisaged in the CMA health alert model but they could also be organized through other levels of government.

Another kind of HERT that was suggested by the CMA in its brief to the Committee,<sup>29</sup> would be a team to provide 'respite' relief to acute care workers who were

---

<sup>29</sup> Canadian Medical Association, Brief to the Committee, p. 11.



involved in dealing with a health emergency. The need for this kind of additional capacity was plainly evident during the Toronto SARS outbreak.

As the Naylor report points out, the training and licensing of the qualified personnel needed to staff the HERTs will require cross-jurisdictional agreements. The Committee believes that work on setting out these agreements should begin immediately, under the aegis of the Transitional Health Protection and Promotion Board, and not wait until the new Health Protection and Promotion Agency has been fully established.

### 3.3 Human Resource Development

The need to train emergency personnel points again to the importance of having a long term strategy for health human resource development. The Committee feels that this situation further underscores the importance of heeding the call for a national health human resources strategy that the Committee made in its October 2002 report *Recommendations for Reform* on the broader health care system.<sup>30</sup>

The Naylor report lamented the dearth of solid quantitative data on the state of human resource supply in health protection and promotion activities. Nonetheless, it was categorical in its affirmation that “no attempt to improve public health will succeed that does not recognize the fundamental importance of providing and maintaining in every local health agency across Canada an adequate staff of highly skilled and motivated public health professionals.”<sup>31</sup> This point was reinforced by witnesses who testified to the Committee that the SARS crisis had revealed just how thin on the ground the country is with respect to health human resources in general, and health protection human resources in particular. Also, the Committee was struck by the fact that the serious shortage of nursing personnel in general has grave implications for Canada’s ability to protect and promote the health of its population.

Several witnesses also spoke about how the absence of a clearly defined career path had a negative effect on recruitment to the field of health protection and promotion. The Committee was told that community medicine was not, in many provinces, a particularly well-compensated specialty compared to other high-tech procedural specialties in medicine, and that the career path in public health nursing is somewhat unclear. The Committee was also informed that it was unlikely that brilliant young epidemiologists would be attracted to a situation where the only jobs available to them in Canada have little or no impact on the actual functioning of the health protection system.

The Committee heard repeatedly that one of the exciting prospects associated with the creation of the new Health Protection and Promotion Agency is that it would define much clearer and more fulfilling career paths for scientists as well as other professionals. It would also allow people to both conduct research and to practice in the field. It could, for example, facilitate a career trajectory for public health nurses that would see them get their master’s degree in public health, go out and do some outbreak fighting

---

<sup>30</sup> See Volume Six, *Recommendations for Reform*, Chapter Eleven, October 2002.

<sup>31</sup> Naylor report, p. 136.

and front-line health protection work, and then come back and do a Ph.D. in public health policy. They could then work for the new Health Protection and Promotion Agency and perhaps gain further experience abroad by acting as liaison with an international body or helping to build capacity in developing countries.

The Committee strongly agrees with the Naylor Committee that a long term, comprehensive, national strategy is needed in order to ensure an adequate supply of trained professionals in all aspects of health protection and health promotion. As indicated in Chapter Two, the Committee believes that one of the roles for the Scientific Advisory Committee to the new Health Protection and Promotion Agency should be to assist in the elaboration of this strategy.

The Committee also believes that there are measures that must be undertaken by the federal government immediately to increase the number of qualified professionals in the field of health protection and promotion. These measures should include helping to fund training placements as suggested by the Naylor Advisory Committee, as well as assisting in developing on the job training programs that would allow for the cross-training of other health professionals so that they could acquire the skills needed to be able to bolster surge capacity in all jurisdictions.

**The Committee strongly agrees with the Naylor Committee that a long term, comprehensive, national strategy is needed in order to ensure an adequate supply of trained professionals in all aspects of health protection and health promotion...**

**The Committee also believes that there are measures that must be undertaken by the federal government immediately to increase the number of qualified professionals in the field of health protection and promotion.**

Witnesses told the Committee that the creation of a School of Public Health in Canada was a worthwhile objective. One possibility would be to envisage putting it in place as a 'virtual' school that would draw on the resources of several institutions that are already engaged in some of the teaching and training that is required. A 'virtual' school would also have the advantage of linking both university-based and community college-based programs so that students received both theoretical and practical training. Building such a virtual school on the strengths of existing institutions could eventually lead to the development of a world-class school of public health in Canada. The Committee believes that the federal government should play an active role in encouraging such a project.

Therefore, the Committee recommends that:

**Human Resource Development Canada, as part of its human resources sector study of physicians and nurses in Canada, devote specific attention to the current and future needs of health professionals in the field of health protection and promotion.**

**The federal government take immediate action to encourage the development of on-the-job training programs to assist health professionals in acquiring the necessary skills pertaining to health protection.**



**The federal government, in collaboration with provincial and territorial governments and in consultation with universities and community colleges, initiate discussions on the creation of a Virtual School of Public Health.**

### **3.4 Laboratories**

Public health laboratories are a central element of the health protection and promotion infrastructure. They are a key resource in infectious disease diagnosis and epidemiological surveillance, as well as in disease outbreak preparedness, investigation and response. They also play an important role in performing fundamental and applied health research.

Four levels of laboratories form the public health laboratory system in Canada: front-line laboratories (private, local or hospital-based); provincial public health laboratories; national laboratories; and international laboratory networks. These different levels of laboratories function as a hierarchy, although there are no formal relationships or structures. In an epidemic or an emergency, these different levels of laboratories may be supplemented or complemented by laboratories that are primarily based in academic institutions and whose primary role is research.

The Naylor report notes that, during the early phases of the SARS outbreak, there were two major impediments to an effective laboratory response: inadequate data management and lack of integration of epidemiological and laboratory data. Inadequate data management is mainly the result of the absence of a common information management system for outbreak responses in public health laboratories across the country. Better integration of epidemiological and laboratory data would permit data sharing and help avoid duplication.

The recommendations of the Naylor report include: undertaking urgently a review of the capacity and protocols of public health laboratories to respond effectively and collaboratively to the next serious infectious disease outbreak; developing immediately a laboratory information system so as to improve data sharing in a timely manner; expanding the Canadian Public Health Laboratory Network to include hospital and community based laboratories; participation of national laboratories in international laboratory networks.

The Committee agrees with these recommendations. Furthermore, given the important role played by public health laboratories in responding to disease outbreaks, we believe that immediate action needs to be taken. Therefore, the Committee recommends that:

**The federal government, in collaboration with provincial and territorial governments, urgently undertake a review of the capacity and protocols needed by public health laboratories to respond effectively and collaboratively to the next serious infectious disease outbreak.**

### 3.5 Information Technology and Communications Systems

There is clearly a pressing need to seriously upgrade information technology at all levels of the health protection and promotion infrastructure. The lack of a modern database accessible to local, provincial and federal health authorities had adverse impacts on the flow of information to the public and to international agencies. The absence of appropriate and shared databases and capacity for interim analyses of data, also interfered with outbreak investigation and management, and constrained epidemiological and clinical research into SARS. Agreements for data sharing between different levels of government, and the necessary information technology, were apparently not in place before the outbreak.

The Naylor report notes as well that numerous difficulties with communication surfaced during the SARS outbreak: communications with the public, communication of scientific information, communication with international agencies.

A secure communications system, however, is a key element in emergency response. In his written submission to the Committee, Dr. James M. Hughes, Director of the National Centre for Infectious Diseases (US CDC), stated that the rapid dissemination of information significantly facilitated CDC's response to the SARS outbreak in the United States. Critical information was shared through CDC's website, regular press conferences, and global videoconferences. As well, regular communications and teleconferences were maintained with state epidemiology and laboratory personnel and with clinicians, virologists, the academic community, and professional organizations and groups.<sup>32</sup>

The Naylor report recommends that all levels of government develop systems that provide health professionals and the public with timely, accurate and consistent information and directives during an outbreak of infectious disease. It also recommends that the new national agency be responsible for direct communication with the World Health Organization, the US CDC and other international organizations and jurisdictions.

In addition, the Naylor report recommends that the federal government seek the establishment of a working group under the auspices of Canada Health Infoway Inc. to focus specifically on the needs of health infostructure and potential investments to enhance disease surveillance and link public health and clinical information systems.

The Committee concurs with these recommendations. We believe that it is essential for Canada to take full advantage of the most recent innovations in information and communication technologies. Therefore, we recommend that:

**The federal government immediately initiate negotiations with Canada Health Infoway Inc. to set up appropriate information technology to improve both surveillance and communication systems.**

---

<sup>32</sup> Dr. James M. Hughes, Director, National Center for Infectious Diseases, US CDC, *CDC's Response to Infectious Disease Threats Including Preparedness Planning for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*, Brief to the Committee, 22 October 2003, p. 7.



### 3.6 Research

Throughout its study on health and health care, the Committee advocated strongly in favour of the full spectrum of health research activities – biomedical, clinical, health services and population health – and recommended increased federal funding for both in-house and extramural health research. In this report, we once again argue for enhanced federal research leadership and support, especially in the field of health protection and promotion. Our views are consistent with the observations and findings of the Naylor Advisory Committee.

The Naylor report points out that effective health protection and promotion requires a strong scientific foundation as well as a strong research capacity into infectious diseases when it states: “(...) critical capacity for epidemiological investigation and outbreak response is built in part by nurturing the related and fundamental science.”<sup>33</sup>

The creation of such strong scientific capacity is a long-term process. In light of the SARS outbreak, the report identifies *numerous* deficiencies in how Canadian research is organized to respond to health emergency situations and significant new infectious disease threats. These deficiencies include lack of leadership, the absence of a clear research agenda, low research capacity, insufficient funding, poor coordination, little data collection and management, limited data sharing, weak mechanisms to link epidemiological and clinical to laboratory data, lack of collaborative relationships between researchers and agencies, shortage of skilled scientists, and lack of advanced planning.

To address these concerns, the Naylor Advisory Committee recommends an increase of \$25 million annually in federal funding for research on health protection and promotion (particularly fundamental and applied research). These funds should be allocated to the new agency described in Chapter Two for the purpose of enhancing in-house research capacity as well as for contracting out research to partners such as the Canadian Institutes of Health Research. It is critical that a mechanism be designed for swift, targeted research to be done when needed while ensuring principles of excellence and peer review. The Naylor report also recommends that the new agency give special priority to linking research in government and academic institutions with a focus on infectious diseases. This would improve processes for rapid epidemic and outbreak investigation.

The Naylor report argues for the establishment of strong research networks that are operational in advance of an outbreak. In outbreak situations, data should be made available to all interested researchers. It also recommends that guidelines be developed in order to facilitate collaborative research and research publications during infectious disease outbreaks. Finally, the Naylor report stresses that the bolstering of research into health protection and promotion must be achieved while ensuring that appropriate ethical and privacy standards are in place.

The Committee agrees with the Naylor Advisory Committee. We feel strongly that research must be an integral component of health protection and promotion

---

<sup>33</sup> Naylor report, p. 183.

infrastructure and that collaborative partnerships must be encouraged. In this way, the Committee believes it will be possible to build on existing human, technical and institutional resources across the country in order to enhance Canada's research capacity in this field.

### 3.7 Globalization

One clear lesson of the SARS outbreak is that health protection and promotion is international in scope, with developments in China capable of having near-immediate consequences for health in Canada. It is therefore in the interest of Canada to improve disease surveillance and control in other countries, as well as to improve international coordination in dealing with outbreaks of communicable disease.

**We feel strongly that research must be an integral component of health protection and promotion infrastructure and that collaborative partnerships infrastructure and that collaborative partnerships must be encouraged.**

The Naylor Advisory Committee recognizes the importance of international linkages for health protection, and its report recommends that the federal government, through the new agency, contribute to building capacity for disease surveillance and management in developing countries. In addition, the Naylor report advises the federal government to launch a multilateral process to better define the role of the World Health Organization in managing international cooperation on health issues, particularly outbreaks of infectious disease.

The Committee concurs with these important recommendations on international issues. Unless immediate steps are taken to standardize protocols and adopt common definitions for diseases, to relay information on disease outbreaks internationally, and to coordinate efforts to contain outbreaks (as well as to build capacity in developing nations to implement these protocols), Canada will remain vulnerable to serious disease outbreaks.

As noted previously, health protection and promotion infrastructure is only as strong as its weakest link. The Committee believes that this is true even if that weakest link is found outside Canada's borders. As such, we feel that it is important for the federal government, through the new Health Protection and Promotion Agency, to address adequately and in a timely manner the international dimensions of infectious disease outbreaks.

The Committee is also aware that Health Canada currently plays an important role in international disease surveillance through its Global Public Health Intelligence Network (GPHIN). GPHIN is an early-warning system that continuously scans Internet media sources for reports of infectious disease outbreaks around the world. This Internet-based system which provides information on a real-time, 24/7 basis. This information is then fed into the WHO's Global Outbreak Alert and Response Network. GPHIN currently reports approximately 40% of the outbreaks known to WHO. The Committee strongly believes that this early warning system must be strengthened and enhanced.



Therefore, the Committee recommends that:

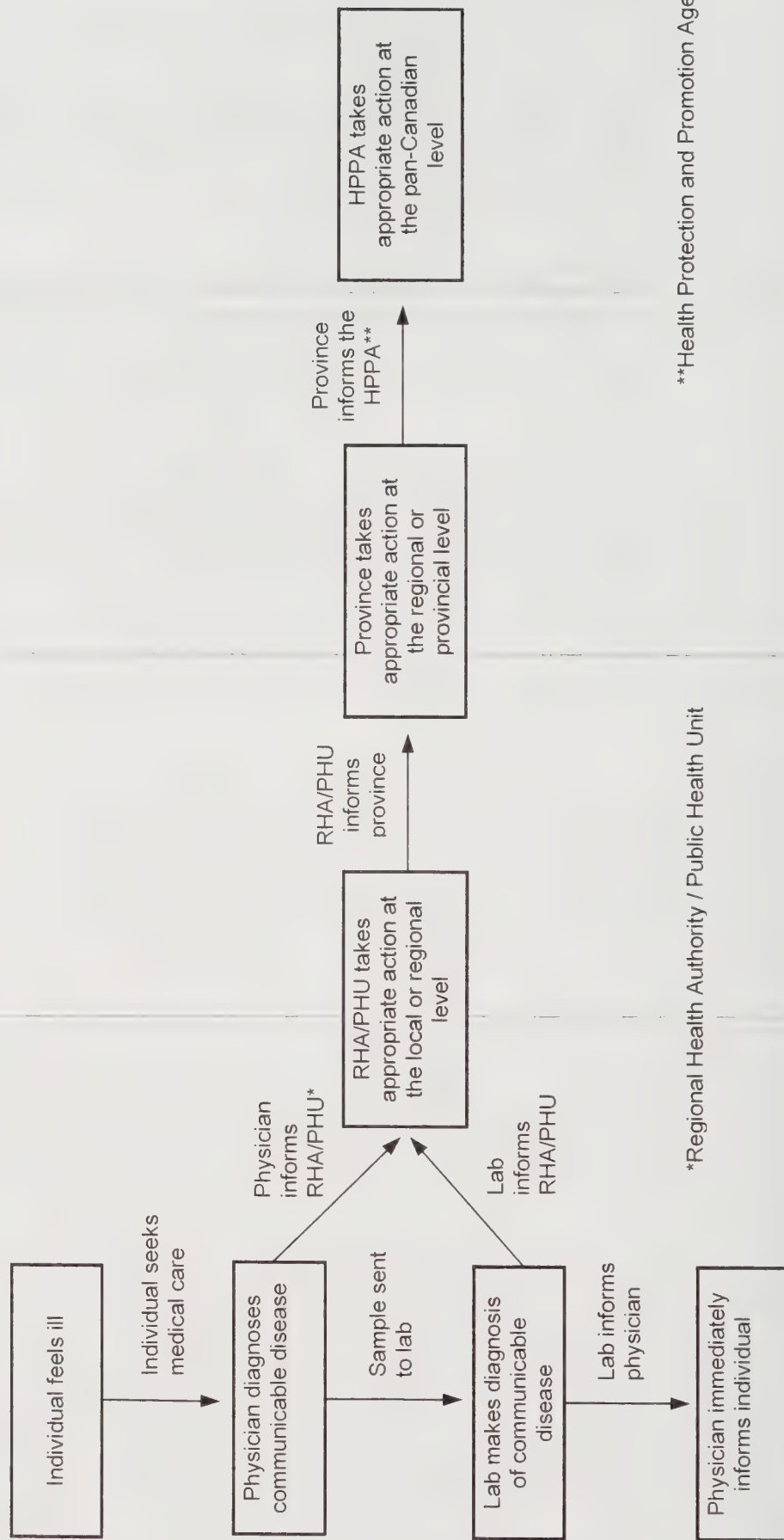
The Health Protection and Promotion Agency play a leading role, along with international partners, in the detection of global emerging diseases and outbreaks, including by working to enhance the Global Public Health Intelligence Network.

The Health Protection and Promotion Agency promote greater engagement by Canada internationally in the field of emerging infectious diseases, and, in particular, initiate projects to build capacity for surveillance and outbreak management in developing countries.

The Health Protection and Promotion Agency be the institution responsible for direct communication with the World Health Organization, the US CDC, and other international organizations and jurisdictions. During outbreak situations, the Agency should work to maximize mutual learning by ensuring an effective liaison with international organizations and jurisdictions.

**DIAGRAM 1**  
**Possible Functioning of a Health Alert System**

Nature and level of risk	LOCAL low to moderate risk	REGIONAL moderate to elevated risk	PROVINCIAL elevated to high risk	NATIONAL high to severe risk
Types of possible action	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandatory surveillance</li> <li>• Voluntary quarantine</li> <li>• Public information</li> </ul>	<b>Local plus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discretionary deployment of national response team</li> <li>• Voluntary/mandatory quarantine</li> </ul>	<b>Regional plus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deployment of national response team</li> <li>• Mandatory quarantine</li> <li>• Medium to significant limitations on civil rights</li> <li>• Travel advisory</li> </ul>	<b>Provincial plus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulation or prohibition of travel</li> <li>• Evacuation of persons</li> <li>• Requisition of property</li> </ul>



\*Regional Health Authority / Public Health Unit

\*\*Health Protection and Promotion Agency



## CHAPTER FOUR:

### IMMUNIZATION AND CHRONIC DISEASE PREVENTION

*(...) the shift in mortality and morbidity profiles away from communicable diseases to chronic non-communicable diseases create(s) challenges for public health practice.<sup>34</sup>*

In its October 2002 report (*Recommendations for Reform*), the Committee recommended that the federal government contribute \$125 million annually to a national chronic disease prevention strategy.<sup>35</sup> In this chapter, we repeat our call for such a nationwide strategy. Also in this chapter, we strongly support the recommendation of the Naylor Advisory Committee to develop a national immunization program.

In its October 2002 report (*Recommendations for Reform*), the Committee recommended that the federal government contribute \$125 million annually to a national chronic disease prevention strategy.<sup>1</sup> In this chapter, we repeat our call for such a nationwide strategy. Also in this chapter, we strongly support the recommendation of the Naylor Advisory Committee to develop a national immunization program.

#### 4.1 Chronic Disease Prevention

Chronic diseases are the leading cause of death and disability in Canada and account for the largest proportion of the economic burden of illness. In *Recommendations for Reform*, the Committee indicated that about two thirds of total deaths in Canada are due to the following chronic diseases: cardiovascular disease (heart and stroke), cancer, chronic obstructive lung disease (bronchitis and emphysema) and diabetes. More specifically:

- Cardiovascular diseases, including coronary artery disease and stroke, are responsible for 38% of all deaths among Canadians each year, and are one of the leading reasons for hospitalization;
- Cancer is the second most important cause of death in Canada, responsible for 29% of all deaths each year, and accounting for almost one third of potential years of life lost.
- Chronic obstructive lung disease is the fifth most common cause of death in Canada and is the only cause of death that is increasing in prevalence. Asthma is the most common chronic respiratory disease of children; it is the leading cause of hospital admission and school absenteeism among children in Canada.
- Over one million Canadians live with diabetes. It is a major cause of coronary heart disease and a leading cause of blindness and limb amputations. Among Aboriginal Canadians, the prevalence of diabetes is

<sup>34</sup> Naylor report, p. 45.

<sup>35</sup> Chapter Thirteen, "Healthy Public Policy: Health Beyond Health Care", Volume Six, *Recommendations for Reform*, October 2002.

three times as high as among other Canadians. In total, diabetes accounts annually for about 25,000 potential years of life lost.<sup>36</sup>

In *Recommendations for Reform*, the Committee also stressed that many chronic diseases are preventable to a very large extent. Moreover, many chronic diseases often share common causes. More precisely, poor diet, lack of exercise, smoking, stress and excessive alcohol intake – all lifestyle issues – are recognized as the leading social/behavioural risk factors for these diseases. These risk factors are also often associated with other physical and psychological states that elevate the risk of chronic disease – including overweight or obesity, high blood pressure or hypertension, high blood cholesterol or hypercholesterolemia, and glucose intolerance or diabetes. If reduced or eliminated, these common lifestyle risk factors would greatly lessen the prevalence and economic burden of chronic diseases.

**In *Recommendations for Reform*, the Committee also stressed that many chronic diseases are preventable to a very large extent.**

The fact that the vast majority of Canadians are exposed to one or more of these common risk factors suggests that the overall health status of the population could be substantially improved by a stronger focus on chronic disease prevention, in parallel with controlling infectious diseases. There are currently diverse initiatives by some national health organizations, provincial governments and the federal government which focus on chronic disease prevention. However, as the Committee noted in *Recommendations for Reform*, these initiatives require much better integration and coordination.

For these reasons, the Committee recommended that the federal government take the lead role to initiate a national chronic disease prevention strategy. We felt that, while the federal government should act as a leader, it would be important to collaborate with provincial/territorial governments, the private sector, and the voluntary health sector partners in the development of this strategy.

**The Committee recommended that the federal government take the lead role to initiate a national chronic disease prevention strategy.**

In addition, the Committee enumerated in *Recommendations for Reform* the elements that should comprise the national chronic disease prevention strategy, including: public education efforts, mass media programs, policy development and programs, integrated research agenda and improved surveillance and monitoring systems for chronic diseases and their associated risk factors.

The Committee believes that the Health Protection and Promotion Agency recommended in Chapter Two of this report would be well-suited to lead this strategy. This is consistent with the observations of the Naylor Advisory Committee which recommends the establishment of a national public health strategy along with a public health partnerships

---

<sup>36</sup> Mental illness and addiction are also important concerns as they account for the second cause of disability in this country. The Committee has undertaken a study on these issues and intends to release a report in 2004.



program, to be led by the new agency, and that would address both infectious and chronic diseases.

Therefore, the Committee recommends that:

**The Health Protection and Promotion Agency, in collaboration with the provinces and territories and in consultation with major stakeholders (including the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada) implement a National Chronic Disease Prevention Strategy.**

**The National Chronic Disease Prevention Strategy build on current initiatives through better integration and coordination.**

**The Health Protection and Promotion Agency contribute \$125 million annually to the National Chronic Disease Prevention Strategy. Funding for the Strategy should be part of the Agency's flow through transfers program designed to strengthen local and regional health protection and promotion capacity.**

**Specific goals and objectives should be set under the National Chronic Disease Prevention Strategy. The outcomes of the strategy should be evaluated against these goals and objectives on a regular basis and reports of any such evaluation made public.**

## **4.2 Immunization**

During the early 1900s, infectious diseases were the leading cause of death worldwide. Now, as a result of health protection measures – such as immunization, sanitation, public health education and better living conditions – infectious diseases cause less than 5% of all deaths in Canada. This accomplishment places health protection measures, and in particular immunization, among the greatest achievements in health care of the 20<sup>th</sup> century.

Immunization is a central activity of health protection and promotion and a very cost-effective illness prevention measure, protecting millions of children and adults from contracting debilitating, disabling and sometimes fatal infectious diseases. Immunization has been responsible for the eradication of some vaccine-preventable diseases such as poliomyelitis and smallpox.

**Immunization is a central activity of health protection and promotion and a very cost-effective illness prevention measure, protecting millions of children and adults from contracting debilitating, disabling and sometimes fatal infectious diseases.**

The Naylor Advisory Committee reviewed a range of documents dating back to the 1990s and found substantial diversity among the provinces and territories in publicly-funded programs and legislation pertaining to immunization and vaccination. The Naylor report also notes concerns with respect to the

growing price of vaccines, safety issues with some vaccines, inequity of access to some vaccines (particularly newer ones), and uneven electronic recording of immunizations.

In recent years, proposals have been made for the development of a national immunization program with the goal of securing guaranteed delivery of vaccines across the country at the lowest possible prices through public purchasing. In its February 2003 budget, the federal government announced that it would provide \$45 million over five years “to assist in the pursuit of a national immunization strategy”.<sup>37</sup>

However, according to the Naylor report, the newly announced \$45 million is “nowhere near sufficient to catalyze a national immunization strategy.”<sup>38</sup> The Naylor Advisory Committee estimates that no less than \$100 million annually should be earmarked for a major reinvigoration of the national immunization strategy. Moreover, the Naylor report suggests that these earmarked funds should be transferred to a single purchasing body (e.g., Public Works and Government Services Canada). This would strengthen the buying power of the purchaser of these vaccines. Earmarked funds should be used to purchase only agreed-upon vaccines, particularly new vaccines for which there are gaps in public coverage. This funding should also serve to support a consolidated information system to track vaccinations and immunization coverage. The Naylor report recommends that the federal government invest the necessary \$100 million annually beginning within the next twelve to eighteen months.

The Committee strongly supports these recommendations. We believe that a national immunization program requires strong federal leadership, along with workable federal/provincial/territorial collaboration. The Committee recognizes that there will be those who would say that since immunization is a provincial responsibility, any immunization program should be the exclusive responsibility of the provinces.

**We believe that a national immunization program requires strong federal leadership, along with workable federal/provincial/territorial collaboration.**

The Committee passionately disagrees with this position. There are several reasons for this, the most important of which is that infectious diseases do not respect provincial or national boundaries. Second, although new vaccines are not cheap, a national program of vaccine purchase will dramatically reduce the cost per unit.<sup>39</sup> Third, vaccines are most cost-effective when they are delivered through large scale programs.

Therefore, the Committee reiterates the recommendation of the Naylor Advisory Committee that:

**The federal government, through the Health Protection and Promotion Agency, invest \$100 million annually beginning within the next 12 to 18**

<sup>37</sup> Department of Finance, *The Budget Plan 2003*, 18 February 2003, p. 75.

<sup>38</sup> Naylor report, p. 88.

<sup>39</sup> It is important to note that the responsibility for the distribution of vaccines will remain provincial and territorial.



months for the realization of a National Immunization Program whereby the federal government would purchase agreed-upon new vaccines to meet provincial and territorial needs, support a consolidated information system to track vaccinations and immunization coverage and track Vaccine-Associated Adverse Events through increased funding for surveillance and a mandatory reporting requirement, and provide funding for research on possible long-term adverse effects of vaccines.





## CHAPTER FIVE:

### FINANCING REFORM: AN INCREMENTAL APPROACH

---

*Canada's ability to contain an outbreak is only as strong as the weakest jurisdiction in the chain of disease control and health protection.*<sup>40</sup>

The report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health was published in early October. The Committee shares the view of all witnesses that the federal government must not let this report languish on the shelf. At the conclusion of their meeting in Halifax on September 4, 2003, all federal, provincial and territorial Ministers of Health agreed to make the enhancement of health protection activities across the country a top priority. The Committee strongly believes that the federal government must develop a plan to respond to the Naylor report recommendations in order to create a strong and well-resourced health protection and promotion infrastructure with adequate surge capacity and sufficient highly qualified professionals.

Immediate action must be taken. However, this requires federal leadership as well as substantial federal funding. One of the lessons the Committee drew from its examination of other countries studied in preparation of this report is that central government funding and leadership are vital to optimal programming, uniform standards and equity of services across the country. This chapter focuses on how much additional federal government funding is needed in Canada, and when it is needed.

#### 5.1 Federal Government Spending Recommended in the Naylor Report

According to the Naylor report, a sound, responsive, effective and timely health protection and promotion infrastructure in Canada would require an investment by the federal government totalling approximately \$1 billion per year by fiscal year 2007-2008. As shown in the table below, this sum would consist of an *existing* federal spending of some \$300 million and an *additional* federal spending of \$700 million.

The existing \$300 million would be *transferred* from Health Canada to the proposed new agency described in Chapter Two. This existing funding is currently used by the department for the purpose of health protection and promotion and covers, for the most part, the core functions of the Population and Public Health Branch (PPHB).

The Naylor report estimates that an additional investment by the federal government is needed to revitalize health protection and promotion in Canada. It recommends that this additional federal spending increase gradually over the next few years to reach \$700 million by fiscal year 2007-2008. In the view of the Naylor Advisory Committee, this is not an unrealistic amount: "This is what F/P/T governments currently spend on personal health services in Canada between Monday and Wednesday in a single

---

<sup>40</sup> Dr. David Naylor, *Proceedings*.

week.”<sup>41</sup> In addition, when he appeared before the Committee, Dr. Naylor stressed that, under the circumstances, it is a *minimum* prudent investment to make. The Committee feels that it is especially true when compared to the cost in lives, illnesses and economic impact of less-than optimal health protection actions (e.g. impact of SARS in Toronto).

### THE NAYLOR ADVISORY COMMITTEE: FEDERAL GOVERNMENT SPENDING RECOMMENDATIONS

Initiative	Funding (Millions of Dollars)		Proposed Timeframe
	New	Existing	
New National Agency: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existing Capacity Within Health Canada</li> <li>▪ Expanded Core Functions</li> </ul>	\$200	\$300	The \$200 million level is to be reached over the next 3 to 5 years
Flow Through Transfers for Local and Regional Capacity (protection, promotion and prevention of both infectious and chronic diseases)	\$300		Public Health Partnerships Program: Funding would rise over the next 2-3 years to reach \$300 million annually
Flow Through Transfers for Communicable Disease Surveillance	\$100		Would start immediately at a lower level and then rise over the next 2-3 years
Immunization	\$100		To be accomplished within the next 12 to 18 months.
Total	\$700	\$300	

Source: Report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health.

Of this \$700 million amount, some \$200 million is to be allocated to the new agency for expanded core functions. In particular, it is to be used for the following purposes: enhancing national disease surveillance systems (\$15 million); developing a national public health strategy (\$5 million); improving health emergency preparedness and response (\$10 million); creating epidemic response teams and strengthening surge capacity (\$10 million); establishing a new network for communicable disease control (\$50 million); expanding human resources (\$25 million); bolstering research funding (\$25 million); enhancing protection and promotion in the fields of environmental health, mental health and injury prevention (\$30 million). These amounts, which actually total some \$170 million in additional annual federal funding, would gradually increase to \$200 million annually over the next three to five years.

<sup>41</sup> Naylor report, p. 12.



The other \$500 million in additional federal funding is recommended to cover the following areas: earmarked flow through transfers to strengthen local and regional health protection and promotion capacity (\$300 million); flow through transfers to enhance communicable disease surveillance (\$100 million); and funding for a national immunization strategy (\$100 million).

As the Naylor report clearly points out, not all additional federal funding needs to be new. Some of the additional federal investment it recommends could be obtained from programs and initiatives that already exist (e.g. Canada Health Infoway Inc., Human Resources and Development Canada, etc.).

Furthermore, the Naylor Advisory Committee assumes that provincial and territorial governments will also increase their contribution to health protection and promotion over the next several years in order to put in place a strong national infrastructure which is supported by all levels of government.

The Naylor report also comments on the Grants and Contributions Program (G&C) currently managed by PPHB. Under the G&C program, which has an annual budget of some \$200 million, PPHB funds projects are undertaken by non-government organizations (NGOs) across the country. These projects cover a range of issues from communicable and non-communicable diseases to wellness and healthy living/aging. Although many of these projects are valuable in that they clearly help to achieve the policy objectives of PPHB, the Naylor Advisory Committee heard mixed views on the value of the existing G&C program with respect to the policy objectives and mandate of PPHB. Concerns were also raised with respect to the politicization of the program and the magnitude of transfers to some NGOs. Perhaps more importantly, the September 2001 report of the Auditor General noted problems in the project management process of the G&C program.

For these reasons, the report of the Naylor Advisory Committee recommends that the G&C program be reviewed and that the use of the grants and contributions be *very* clearly aligned with the mandate and objectives of the proposed new agency. In addition, the Naylor report suggests that the funding of the G&C program be incorporated into the budget of the new agency.

When Dr. Naylor appeared before the Committee, he stated that the first funding priority for the federal government should be to prepare for this winter's respiratory virus season. As such, the first step would be to develop a set of directives, guidelines and protocols with respect to SARS for the use of hospitals, health professionals and front-line personnel. In Dr. Naylor's view, this would help prevent false SARS alarms that could be quite devastating.

The second priority, according to Dr. Naylor's testimony, would be twofold: to undertake the establishment of the new agency, while at the same time developing a much better surveillance system for infectious diseases with improved coordination among governments and institutions. The development of a network for communicable disease control would be his third priority. In the longer term, a legislative review will have to be

undertaken with the goal of harmonizing and improving federal and provincial health emergency legislation.

## 5.2 Federal Government Spending Recommended by the Committee

The Committee fully supports the recommendations in the Naylor report calling for the transfer of existing financial and human resources from PPHB to the agency described in Chapter Two, as well as the request for additional federal investment in health protection and promotion infrastructure. This will ensure that all regions in Canada can provide an adequate level of health protection and promotion in normal times, while their capacity is augmented by federal surge capacity during times of crisis. We agree with Dr. Naylor that the federal government should initiate planning to ensure that it can devote, in the long term, a total of about \$1 billion annually to health protection and promotion.

**The Committee fully supports the recommendations in the Naylor report calling for the transfer of existing financial and human resources from PPHB to the agency described in Chapter Two, as well as the request for additional federal investment in health protection and promotion infrastructure... Additional federal funding for the purpose of health protection and health promotion should, whenever possible, come from existing sources.**

However, the Committee believes that this investment must be made in a *fiscally responsible* manner. Accordingly, additional federal funding for the purpose of health protection and health promotion should, whenever possible, come from existing sources. In addition, we believe that relevant funding from the current G&C program at PPHB should be incorporated into the budget of the new Health Protection and Promotion Agency. This would provide the Agency with substantial additional funding from *existing* federal spending. We also concur with the Naylor Advisory Committee that the G&C program should be very carefully reviewed to ensure that only those projects with good value-for-money and which clearly further the policy objectives of the new agency should continue to receive federal funding.

Therefore, the Committee recommends that:

**Between now and the end of 2004, priority for federal spending on health protection and promotion should be given to the following twelve (12) initiatives:**

- **The establishment of the Transitional Health Protection and Promotion Board which should eventually lead to the creation of the Health Protection and Promotion Agency (3 months);**
- **The creation of the Health Protection and Promotion Agency by Order-in-Council before the end of the current fiscal year (4 months);**
- **The development of directives, guidelines and testing protocols to assist health professionals, hospitals and laboratories in preparation for the next respiratory virus season (3 months);**



- Initial investment to facilitate immediate preparedness for a possible return of SARS during the winter season of respiratory illnesses (3 to 6 months);
- Further investment in infectious disease surveillance and control with the view of enhancing surveillance capacity at the local and regional level initially (12 months);
- F/P/T review of the capacity and protocols of public health laboratories to respond effectively and collaboratively to the next serious infectious disease outbreak (12 months);
- Meeting of the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health to initiate discussions on a new network for communicable disease control (3 months);
- As a first step, increasing enrolment in existing university and community college programs in the field of health protection and promotion; then, undertaking the establishment of the Virtual School of Public Health (12 months);
- National Immunization Program (12 months);
- Begin F/P/T negotiations on the creation of the Health Alert System (12 months);
- Initiate negotiations with Canada Health Infoway Inc. to set up appropriate information technology to improve both surveillance and communication systems (12 months);
- Initiate transfer of physical and human resources from the Population and Public Health Branch to the Health Protection and Promotion Agency (12 months).

This set of recommendations clearly points to the need to make health protection and promotion the *priority* of the next federal budget.

**Table 1**  
**Summary of the Committee's Action Programme**

	<b>Within 3 months</b>	<b>Within 6 months</b>	<b>Within 12 months</b>
Infectious disease surveillance and control	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepare for the next respiratory virus season</li> <li>• F/P/T Meeting on a new communicable disease control network</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investment to facilitate immediate preparedness for a possible return of SARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Further investment to enhance capacity at the local and regional level</li> </ul>
Health Protection and Promotion Agency	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establish the Transitional Health Protection and Promotion Board</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Create the Health Protection and Promotion Agency by Order-in-Council by the end of the current fiscal year (March 31, 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiate transfer of physical and human resources from the Population and Public Health Branch to the Health Protection and Promotion Agency</li> </ul>
Other Programs and Infrastructure		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase enrolment in existing university and community college programs in the field of health protection and promotion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establish the National Immunization Program</li> <li>• Create the Health Alert System</li> <li>• F/P/T review of public health laboratories</li> <li>• Initiate negotiations with Canada Health Infoway Inc.</li> <li>• Undertake the establishment of the Virtual School of Public Health</li> </ul>



## CONCLUSION

---

Throughout this report, the Committee has indicated that it wholeheartedly supports nearly all the recommendations in the Naylor report. Moreover, many of these recommendations are essentially the same as those contained in a federal government inquiry ten years ago and were also recapitulated in an F/P/T working group report seven years ago. Witnesses also expressed strong support for the findings and recommendations of the Naylor report. *The Committee strongly believes that the time for study is over and the time for action has arrived.*

This is why, at the end of Chapter Five, the Committee put forward a precise timetable – a critical path – for the implementation of the key recommendations in the Naylor report. We believe that all of these measures can be implemented without the approval of any other government within the proposed timeframe.

**At the end of Chapter Five, the Committee put forward a precise timetable – a critical path – for the implementation of the key recommendations in the Naylor report. We believe that all of these measures can be implemented without the approval of any other government within the proposed timeframe.**

Despite widespread agreement on the need to move quickly to implement these recommendations, the Committee is aware that there are, nevertheless, barriers that might impede progress. For example:

- There may well be resistance to decreasing the size of Health Canada by moving the Population and Public Health Branch, and all of its employees and budget, into an arm's length agency. Similar human resource concerns were initially experienced with the creation of the Canadian Food Inspection Agency but were finally overcome.
- In spite of the international obligations of the federal government, some officials and politicians could be reluctant to support the deployment of federal employees across the country for disease surveillance purposes, based on the view that data collection is a provincial or local government issue. We believe that the deployment of federal epidemiologists or other public health professionals can allow for a swift, coordinated action when necessary without compromising provincial governments' roles and responsibilities.
- Organizations that currently receive funding under the Grants and Contributions Program of the Population and Public Health Branch may be upset if their grants/contributions are reduced or eliminated entirely, as the new agency tries to maximize the value it gets for the grant money it disburses.
- There will be individuals in the research community who may be unhappy with having the agency contract out specific research projects, rather than allocating the money through CIHR.

All of this potential disagreement with the measures that the Committee proposes the federal government adopt before the end of 2004 can easily be overcome if the

federal government believes, as strongly as the Committee does, that the time for action is *now*. The essential ingredient that is required is *decisive political leadership*.

If the federal government fails to implement the proposed measures, then Canadians will have no choice but to conclude that the federal government is incapable of making, or is unwilling to make, the prevention of illness amongst Canadians – through the implementation of a vigorous health protection and promotion program – as much of a priority as taking care of Canadians who are already sick. Thus, by the end of next year, Canadians will be able to judge for themselves how high a priority the federal government places on the recommendations of the Naylor report and on health protection and promotion.

Late in the fall of 2004, the Committee intends to ask the Minister of Health to appear at a public hearing in order to report to the Committee, and more importantly to Canadians, on what the federal government has done with respect to implementing the Committee's recommended action steps for 2004.

**The measures that the Committee proposes the federal government adopt before the end of 2004 can easily be overcome if the federal government believes, as strongly as the Committee does, that the time for action is *now*. The essential ingredient that is required is *decisive political leadership*... If the federal government fails to implement the proposed measures, then Canadians will have no choice but to conclude that the federal government is incapable of making, or is unwilling to make, the prevention of illness amongst Canadians – through the implementation of a vigorous health protection and promotion program – as much of a priority as taking care of Canadians who are already sick.**



LIST OF RECOMMENDATIONS BY CHAPTER

---

The Committee recommends that:

CHAPTER TWO:

A new agency, to be called the Health Protection and Promotion Agency (HPPA), be created, and that it be headed by the Chief Health Protection and Promotion Officer of Canada (CHPPO). The HPPA would be a legislated service agency that reports to the federal Minister of Health.

The CHPPO be appointed by the federal Minister of Health and be a health professional.

The Minister also appoint a Health Protection and Promotion Board that would receive regular reports from the CHPPO and function as the Board of the HPPA. The Health Protection and Promotion Board should be chaired by someone other than the CHPPO.

In order to ensure sustained input from the provinces and territories, and to provide the HPPA with the best possible scientific advice, that an Advisory Council be created composed of the Chief Medical Officers from the provinces and territories. The advisory council should also contribute to working out a comprehensive human resource strategy by the HPPA.

The mandate of the HPPA should include the following:

- (a) Work with provincial and territorial authorities to articulate a coherent long-term vision for health protection and promotion in Canada, and develop a plan to realize this vision;
- (b) Partner with already existing provincial bodies (such as the B.C. Centre for Disease Control and the Quebec National Institute of Public Health) and help stimulate the development of similar comprehensive initiatives in regions of the country where they do not yet exist;
- (c) Ensure that Canada meets all its international health protection obligations;
- (d) Enhance disease surveillance and control in Canada;
- (e) Direct federal efforts to be prepared for any health emergency and work closely with P/T authorities to ensure that there is adequate capacity in all regions of the country;
- (f) Direct federal activity designed to improve all aspects of health protection and promotion infrastructure across the country;

- (g) Actively promote the health of Canadians, and, in particular, design and implement a National Chronic Disease Prevention Strategy as well as a National Immunization Program.

A Transitional Health Protection and Promotion Board for the Health Protection and Promotion Agency be struck as quickly as possible, through Order in Council if necessary. The Transitional Health Protection and Promotion Board would be charged with setting up the HPPA. The HHPA should come into being before the end of the current fiscal year (March 31, 2004). It would be authorized to work with Health Canada in order to transfer resources and staff from the current Population and Public Health Branch of Health Canada that would serve as the initial core of the HPPA. The Transitional Health Protection and Promotion Board would begin the search for appropriate candidates to head the HPPA and would make a recommendation to the Minister in this regard.

### CHAPTER THREE:

The federal government should establish, under the aegis of the new Health Protection and Promotion Agency, a Communicable Disease Control Fund, that would be used to assist the provinces and territories in building up their disease surveillance and control capacity. Money from this fund should begin flowing immediately and be directed to preparing for the coming influenza season.

Work should begin immediately on building up existing F/P/T infrastructure with the goal of establishing a comprehensive network that would link disease surveillance and control activities across all jurisdictions.

The new Health Protection and Promotion Agency should make infectious disease surveillance a top priority and work closely with the new F/P/T network to build capacity. It should also work to develop over a longer period a comprehensive, national disease surveillance system.

Urgent efforts should be directed towards reaching memoranda of understanding between the various levels of government on the business procedures and protocols that would allow for greater immediate collaboration on disease surveillance and control.

The federal government take responsibility for deploying federally-employed field epidemiologists to every region of the country, in sufficient numbers so that they can be effectively sent wherever they may be needed to assist in dealing with a health emergency.

The HHPA develop, as a priority, a Memorandum of Understanding with each province and territory on the implementation of a Health Alert



System. As a first step, the reporting of infectious disease outbreaks should be agreed on immediately.

Human Resource Development Canada, as part of its human resources sector study of physicians and nurses in Canada, devote specific attention to the current and future needs of health professionals in the field of health protection and promotion.

The federal government take immediate action to encourage the development of on-the-job training programs to assist health professionals in acquiring the necessary skills pertaining to health protection.

The federal government, in collaboration with provincial and territorial governments and in consultation with universities and community colleges, initiate discussions on the creation of a Virtual School of Public Health.

The federal government, in collaboration with provincial and territorial governments, urgently undertake a review of the capacity and protocols needed by public health laboratories to respond effectively and collaboratively to the next serious infectious disease outbreak.

The federal government immediately initiate negotiations with Canada Health Infoway Inc. to set up appropriate information technology to improve both surveillance and communication systems.

The Health Protection and Promotion Agency play a leading role, along with international partners, in the detection of global emerging diseases and outbreaks, including by working to enhance the Global Public Health Intelligence Network.

The Health Protection and Promotion Agency promote greater engagement by Canada internationally in the field of emerging infectious diseases, and, in particular, initiate projects to build capacity for surveillance and outbreak management in developing countries.

The Health Protection and Promotion Agency be the institution responsible for direct communication with the World Health Organization, the US CDC, and other international organizations and jurisdictions. During outbreak situations, the Agency should work to maximize mutual learning by ensuring an effective liaison with international organizations and jurisdictions.

## CHAPTER FOUR:

The Health Protection and Promotion Agency, in collaboration with the provinces and territories and in consultation with major stakeholders (including the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada) implement a National Chronic Disease Prevention Strategy.

The National Chronic Disease Prevention Strategy build on current initiatives through better integration and coordination.

The Health Protection and Promotion Agency contribute \$125 million annually to the National Chronic Disease Prevention Strategy. Funding for the Strategy should be part of the Agency's flow through transfers program designed to strengthen local and regional health protection and promotion capacity.

Specific goals and objectives should be set under the National Chronic Disease Prevention Strategy. The outcomes of the strategy should be evaluated against these goals and objectives on a regular basis and reports of any such evaluation made public.

The federal government, through the Health Protection and Promotion Agency, invest \$100 million annually beginning within the next 12 to 18 months for the realization of a National Immunization Program whereby the federal government would purchase agreed-upon new vaccines to meet provincial and territorial needs, support a consolidated information system to track vaccinations and immunization coverage and track Vaccine-Associated Adverse Events through increased funding for surveillance and a mandatory reporting requirement, and provide funding for research on possible long-term adverse effects of vaccines.

## CHAPTER FIVE:

Between now and the end of 2004, priority for federal spending on health protection and promotion should be given to the following twelve (12) initiatives:

- The establishment of the Transitional Health Protection and Promotion Board which should eventually lead to the creation of the Health Protection and Promotion Agency (3 months);
- The creation of the Health Protection and Promotion Agency by Order-in-Council before the end of the current fiscal year (4 months);
- The development of directives, guidelines and testing protocols to assist health professionals, hospitals and laboratories in preparation for the next respiratory virus season (3 months);



- Initial investment to facilitate immediate preparedness for a possible return of SARS during the winter season of respiratory illnesses (3 to 6 months);
- Further investment in infectious disease surveillance and control with the view of enhancing surveillance capacity at the local and regional level initially (12 months);
- F/P/T review of the capacity and protocols of public health laboratories to respond effectively and collaboratively to the next serious infectious disease outbreak (12 months);
- Meeting of the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health to initiate discussions on a new network for communicable disease control (3 months);
- As a first step, increasing enrolment in existing university and community college programs in the field of health protection and promotion; then, undertaking the establishment of the Virtual School of Public Health (12 months);
- National Immunization Program (12 months);
- Begin F/P/T negotiations on the creation of the Health Alert System (12 months);
- Initiate negotiations with Canada Health Infoway Inc. to set up appropriate information technology to improve both surveillance and communication systems (12 months);
- Initiate transfer of physical and human resources from the Population and Public Health Branch to the Health Protection and Promotion Agency (12 months).





## APPENDIX B

### LIST OF WITNESSES

---

(2<sup>nd</sup> Session, 37<sup>th</sup> Parliament)

NAME	ORGANIZATION	DATE OF APPEARANCE
James Harlick, <i>Assistant Deputy Minister</i>	Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness	September 17, 2003
Gary O'Bright, <i>Director General of Operations</i>	Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness	September 17, 2003
Scott Broughton, <i>Assistant Deputy Minister, Population and Public Health Branch</i>	Health Canada	September 17, 2003
Paul Gully, <i>Senior Director General, Population and Public Health Branch</i>	Health Canada	September 17, 2003
David Mowat, <i>Director, Centre for Surveillance Coordination</i>	Health Canada	September 17, 2003
Andrew Marsland, <i>Acting Assistant General, Market and Industry Services Branch</i>	Agriculture and Agri-Food Canada	September 18, 2003
Gilles Lavoie, <i>Senior Director General, Market and Industry Services Branch</i>	Agriculture and Agri-Food Canada	September 18, 2003
Judith Bossé, <i>Vice-President, Science</i>	Canadian Food Inspection Agency	September 18, 2003
Dr. Karen Dodds, <i>Director General, Food Directorate, Health Products and Food Branch</i>	Health Canada	September 18, 2003
Mohamed Karmali, <i>Director General, Laboratory for Foodborne Zoonoses, Population and Public Health Branch</i>	Health Canada	September 24, 2003*
Frank Plummer, <i>Scientific Director, National Microbiology Laboratory</i>	Health Canada	September 24, 2003*

Paul Kitching, <i>Director, Winnipeg Laboratory</i>	Canadian Food Inspection Agency	September 24, 2003*
Judith Bossé, <i>Vice-President, Science</i>	Canadian Food Inspection Agency	September 24, 2003
Dr. David Butler-Jones, <i>Former Chief Medical Officer for Saskatchewan</i>	As an individual	September 25, 2003
Dr. Colin D'Cunha, <i>Commissioner of Health, Chief Medical Officer and Assistant Deputy Minister</i>	Ministry of Health and Long-Term Care Ontario	September 25, 2003
Dr. Richard Massé, <i>Chief Executive Officer</i>	Institut national de santé publique du Québec	September 25, 2003
Ron Zapp, <i>Provincial Executive Officer</i>	British Columbia Centre for Disease Control	September 25, 2003
Dr. Christian Mills, <i>President</i>	Canadian Public Health Association	October 1, 2003
Dr. Joseph Losos, <i>Director, Institute of Population Health</i>	University of Ottawa	October 1, 2003
Dr. Elinor Wilson, <i>Co-Chair</i>	Canadian Coalition for Public Health in the 21 <sup>st</sup> Century	October 2, 2003
Dr. Maureen Law, <i>Member</i>	Canadian Coalition for Public Health in the 21 <sup>st</sup> Century	October 2, 2003
Rob Calnan, <i>President</i>	Canadian Nurses Association	October 8, 2003**
Lucille Auffrey, <i>Executive Director</i>	Canadian Nurses Association	October 8, 2003
Dr. Sunil Patel, <i>President</i>	Canadian Medical Association	October 8, 2003
Dr. Isra Levy, <i>Director, Office for Public Health</i>	Canadian Medical Association	October 8, 2003
Bill Tholl, <i>C.E.O. and Secretary General</i>	Canadian Medical Association	October 8, 2003



Dr. John Frank, <i>Professor, Department of Public Health Science, Faculty of Medicine</i>	University of Toronto	October 8, 2003
Dr. David Naylor, <i>Dean, Faculty of Medicine</i>	University of Toronto	October 9, 2003
Dr. James Hughes, <i>Director, National Center for Infections Diseases</i>	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	October 22, 2003

<sup>1</sup> Fact-finding activity

<sup>11</sup> Fact-finding activity and public hearing



#### OTHER WRITTEN SUBMISSIONS RECEIVED:

Ken Thomson, Chair, Hub Team

Duane Landals, BscAG, DVM, President, Canadian Veterinary Medical Association







Le Sénat

# Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : *Le temps d'agir*

Rapport du Comité sénatorial permanent des  
affaires sociales, des sciences et de la  
technologie

Président :  
L'honorable Michael J.L. Kirby

Vice-présidente :  
L'honorable Marjory LeBreton

Novembre 2003



## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>i</b>
<b>MEMBRES .....</b>	<b>ii</b>
<b>ORDRE DE RENVOI.....</b>	<b>iii</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE UN :.....</b>	<b>7</b>
<b>LE CONTEXTE .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'étude antérieure du Comité sur la santé et les soins de santé.....	7
1.2 Examen de quelques documents.....	9
1.3 Le rapport Naylor.....	11
1.4 Point de vue du Comité.....	13
<b>CHAPITRE DEUX :.....</b>	<b>19</b>
<b>UNE NOUVELLE AGENCE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ .....</b>	<b>19</b>
2.1 Les avantages d'une agence nationale indépendante.....	19
2.2 Quel modèle choisir pour la nouvelle agence?.....	25
2.3 Le mandat de l'APPS et l'échéancier de sa création.....	29
<b>CHAPITRE TROIS :.....</b>	<b>33</b>
<b>RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE SURVEILLANCE DES MALADIES ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE .....</b>	<b>33</b>
3.1 Surveillance et contrôle des maladies .....	35
3.2 Mettre en place un système efficace d'intervention en cas d'urgence sanitaire..	38
3.3 Développement des ressources humaines .....	39
3.4 Laboratoires .....	41
3.5 Systèmes de technologie de l'information et de communication .....	42
3.6 Recherche .....	44
3.7 Mondialisation.....	45
<b>CHAPITRE QUATRE : .....</b>	<b>49</b>
<b>IMMUNISATION ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES.....</b>	<b>49</b>
4.1 Prévention des maladies chroniques.....	49
4.2 Immunisation .....	51
<b>CHAPITRE CINQ : .....</b>	<b>55</b>
<b>RÉFORME FINANCIÈRE : UNE APPROCHE PROGRESSIVE .....</b>	<b>55</b>
5.1 Dépenses fédérales recommandées dans le rapport Naylor .....	55
5.2 Dépenses fédérales recommandées par le Comité .....	58
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE A .....</b>	<b>63</b>
<b>LISTE DE RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE B .....</b>	<b>69</b>
<b>LISTE DES TÉMOINS .....</b>	<b>69</b>



## MEMBRES

---

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J. L. Kirby, président

L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck

Joan Cook

Jane Marie Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Wilbert Keon

Viola Léger

Yves Morin

Brenda Robertson

Douglas Roche

Eileen Rossiter

\* Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud)

\* John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

L'honorable Marilyn Trenholme Counsell a aussi participé à cette étude.

\* *Membres d'office du Comité :*

Extrait des Journaux du Sénat du mardi le 19 juin 2003 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Kirby, appuyée par l'honorable sénateur Pépin,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier et à faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. Le Comité sera notamment autorisé à étudier :

- l'état de l'infrastructure sanitaire au Canada et sa gouvernance;
- les attributions des paliers de gouvernement responsables de la santé publique et leur coordination;
- la capacité de contrôle, de surveillance et de tests scientifiques des organismes existants;
- la mondialisation de la santé publique;
- le niveau de financement et de ressources affectés aux infrastructures sanitaires au Canada;
- la performance des infrastructures sanitaires de certains pays;
- la pertinence d'une loi ou d'une agence nationale chargée d'accélérer, de mieux coordonner et de mieux intégrer la réaction aux urgences;
- le rapport du Groupe consultatif Naylor et ses recommandations.

Que le Comité dépose son rapport au plus tard le 31 mars 2004.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul Bélisle



## INTRODUCTION

---

*Le Canada doit [...] passer d'une approche « juste à temps » à une autre fondée sur le principe établi de la préparation, de sorte que la capacité de nos services de santé publique suffise pour affronter non seulement les tâches d'aujourd'hui, mais aussi les défis de demain<sup>1</sup>.*

Le 19 juin 2003, au cours de la deuxième session de la trente-septième législature, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'étudier la gouvernance et l'infrastructure du système de protection et de promotion de la santé au Canada, ainsi que la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant des épidémies infectieuses. La décision d'entreprendre cette étude était le résultat de plusieurs événements qui se sont produits concurremment : les flambées épidémiques du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui se sont déclarées dans la région métropolitaine de Toronto et à Vancouver il y a quelques mois, la découverte d'un cas unique de vache atteinte d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) en Alberta, les cas confirmés d'infection au virus du Nil occidental (VNO) en Ontario et au Québec et les menaces de terrorisme biologique aux États-Unis.

La mondialisation est une importante source de préoccupation dans ce contexte. La vitesse et le volume croissants des voyages et du commerce international de produits alimentaires (et d'aliments pour les animaux) ont augmenté de façon marquée les risques de propagation rapide de maladies contagieuses graves ou émergentes partout dans le monde.

Fait intéressant, bon nombre des nouveaux risques pour la santé – comme le SRAS, l'ESB et le VNO – sont de zoonoses, c'est-à-dire des maladies qui se transmettent des animaux aux humains. À ce titre, les maladies zoonotiques font ressortir la nécessité d'élargir la portée des activités de protection et de promotion de la santé et, plus particulièrement, l'importance d'établir une collaboration plus étroite entre la sphère de la santé humaine et celle de la santé animale.

Les poussées de SRAS qui se sont produites dans deux des grandes villes du Canada – et surtout la portée et la durée de la crise à Toronto – ont mis en évidence, d'une façon spectaculaire, l'importance critique de la protection des Canadiens contre les maladies infectieuses ainsi que les dangers auxquels le Canada est exposé et les défis qu'il doit relever dans un proche avenir au chapitre de la protection et de la promotion de la santé.

Le SRAS a eu d'énormes répercussions sur les ressources, le personnel de la santé et les hôpitaux. Par-dessus tout, c'est une tragédie qui a coûté la vie à 44 Canadiens,

---

<sup>1</sup> Association canadienne de santé publique, *Public Health – Serving the Public Interest*, mémoire présenté au Comité le 1<sup>er</sup> octobre 2003, p. 7.

dont deux infirmières et un médecin. Le Comité tient à exprimer ses condoléances aux familles et aux amis des victimes du SRAS. Il espère que le présent rapport ainsi que les études récemment terminées ou actuellement en cours aideront le pays à mieux se préparer pour affronter des crises semblables à l'avenir.

Le mandat de la présente étude est le suivant :

*Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier et à faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. Le Comité sera notamment autorisé à étudier :*

**Le Comité tient à exprimer ses condoléances aux familles et aux amis des victimes du SRAS. Il espère que le présent rapport ainsi que les études récemment terminées ou actuellement en cours aideront le pays à mieux se préparer pour affronter des crises semblables à l'avenir.**

- l'état de l'infrastructure sanitaire au Canada et sa gouvernance;
- les attributions des ordres de gouvernement responsables de la santé publique et leur coordination;
- la capacité de contrôle, de surveillance et de tests scientifiques des organismes existants;
- la mondialisation de la santé publique;
- le niveau de financement et de ressources affectés aux infrastructures sanitaires au Canada;
- la performance des infrastructures sanitaires de certains pays;
- la pertinence d'une loi ou d'une agence nationale chargée d'accélérer, de mieux coordonner et de mieux intégrer la réaction aux urgences;
- le rapport du Groupe consultatif Naylor et ses recommandations<sup>2</sup>.

Investi de ce vaste mandat, le Comité a commencé par examiner la documentation préparée par la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement au sujet des questions suivantes : législation fédérale et provinciale sur la santé publique; mesures d'urgence prévues au Canada en cas d'épidémie de maladies infectieuses sérieuses ou émergentes; moyens dont le Canada dispose pour suivre les flambées épidémiques pouvant menacer la santé des Canadiens; exemples d'infrastructure de contrôle et de prévention des maladies (Australie, Royaume-Uni, États-Unis ainsi que le Centre européen envisagé de contrôle et de prévention des maladies); et rôle de l'Organisation mondiale de la santé dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.

De plus, le Comité a passé en revue différents rapports et documents des dernières années qui ont soulevé des questions fondamentales relatives à l'infrastructure canadienne de protection et de promotion de la santé. Ces rapports et documents comprennent notamment ce qui suit :

---

<sup>2</sup> Débats du Sénat (hansard), 2<sup>e</sup> session, 37<sup>e</sup> législature, volume 140, numéro 72, 19 juin 2003.



- Vérificateur général du Canada, *Santé Canada – La surveillance de la santé nationale*, chapitre 2, Rapport de septembre 2002.
- Institut canadien d'information sur la santé et Instituts de recherche en santé du Canada, *Le chemin à parcourir : Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations*, mai 2002.
- Association médicale canadienne, *Mémoire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes*, consultations prébudgétaires, novembre 2001.
- Association canadienne de santé publique (conseil d'administration), *L'avenir de la santé publique au Canada*, document de discussion, octobre 2001.
- Comité consultatif sur la santé publique, *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*, document établi à l'intention des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé, mars 2001 (non publié).
- Vérificateur général du Canada, *La gestion d'une épidémie de toxi-infection alimentaire*, chapitre 15, rapport de septembre 1999.
- Vérificateur général du Canada, *La surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures*, chapitre 14, rapport de septembre 1999.
- Groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes, *Déclaration du Lac Tremblant*, 1994.

Ensuite, le Comité a tenu une série d'audiences au cours desquelles il a entendu un grand nombre de témoins comprenant des fonctionnaires des ministères fédéraux de la Santé et de l'Agriculture, des représentants de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile, des agents provinciaux de la santé publique (Colombie-Britannique, Ontario, Québec, Saskatchewan), des experts et des chercheurs en santé publique, des organismes nationaux du secteur de la santé (Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de santé publique, Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle), et des représentants des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (US CDC). Le Comité a également entendu le D<sup>r</sup> David Naylor, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, qui a dirigé les travaux du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Nous procédons, dans le présent rapport, à une étude soigneuse du rapport Naylor, intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*. Au total, le Comité a entendu une trentaine de témoins et a reçu une vingtaine de mémoires écrits.

Le Comité souhaite en outre mentionner la contribution du D<sup>r</sup> Joseph Losos, directeur de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa. Son expertise et ses connaissances très poussées nous ont été précieuses tout le long de notre étude. Nous lui sommes très reconnaissants de son apport.

Le rapport comprend cinq chapitres. Le chapitre un présente un résumé des conclusions et recommandations du Comité au sujet de la protection et de la promotion de la santé ainsi que de la santé de la population. Il passe également en revue les conclusions des documents pertinents publiés dans les dix dernières années, et notamment le rapport Naylor. Dans la dernière section du chapitre un, le Comité présente des observations sur ces

rapports et donne un aperçu des mesures à prendre en vue d'une réforme et d'un renouvellement de la protection et de la promotion de la santé au Canada.

À partir de l'orientation de la réforme décrite dans l'aperçu à la fin du chapitre un, le comité examine, au chapitre deux, la réforme nécessaire de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé et la façon dont une telle réforme peut être mise en œuvre. Le chapitre évoque en particulier différentes questions liées à l'établissement d'une nouvelle agence nationale de protection et de promotion de la santé.

Le chapitre trois donne le point de vue du Comité sur l'augmentation de la capacité de protection et de promotion de la santé, en insistant particulièrement sur les systèmes de surveillance, les mesures et les interventions d'urgence, les ressources humaines, les laboratoires de santé publique, les technologies de l'information, les communications et la recherche.

Au chapitre quatre, le Comité préconise encore une fois – comme il l'a fait initialement dans son rapport d'octobre 2002 (*Recommandations en vue d'une réforme*) – l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Le chapitre quatre traite en outre de la nécessité d'établir un programme national d'immunisation.

Le chapitre cinq présente les recommandations du Comité sur le niveau du financement fédéral requis pour entreprendre la réforme et le renouvellement du système canadien de protection et de promotion de la santé ainsi que sur les mesures à prendre à cet égard dans un avenir rapproché.

Enfin, dans la conclusion du rapport, le Comité met en évidence l'obligation qu'a le gouvernement fédéral d'agir dans les 12 prochains mois pour commencer à combler les lacunes du système canadien de protection et de promotion de la santé. Le Comité établit un échéancier assorti d'objectifs précis à atteindre dans les délais impartis (3, 4, 6 et 12 mois) et affirme son intention de surveiller de près les progrès réalisés à cet égard.

**Le Comité met en évidence l'obligation qu'a le gouvernement fédéral d'agir dans les 12 prochains mois pour commencer à combler les lacunes du système canadien de protection et de promotion de la santé. Le Comité établit un échéancier assorti d'objectifs précis à atteindre dans les délais impartis (3, 4, 6 et 12 mois) et affirme son intention de surveiller de près les progrès réalisés à cet égard.**

Le présent rapport témoigne donc de la réaction du Comité aux récentes urgences sanitaires et aborde uniquement les questions que celui-ci estime nécessaire d'examiner pour être en mesure d'élaborer un plan d'action pour améliorer la capacité du Canada de faire face à de telles urgences. Le Comité est bien sûr conscient qu'il reste encore beaucoup d'autres questions à prendre en considération en rapport avec la protection et la promotion de la santé. Dans son rapport d'octobre 2002, il fait part de son intention de continuer à se pencher sur d'autres questions touchant la santé dans le cadre d'une série d'études thématiques. Il a interrompu ses travaux sur la santé mentale et la maladie mentale (qu'il compte terminer d'ici le printemps 2005) pour se consacrer à la présente étude sur la protection et la promotion de la santé. Au nombre de ses projets futurs, le Comité compte se



livrer à un examen de la santé de la population; ce qui lui permettra de mener à terme son étude des grandes questions touchant la protection et la promotion de la santé des Canadiens.

Le Comité a délibérément évité d'utiliser l'expression « santé publique » dans le présent rapport. Nous croyons que l'expression est souvent confondue avec « services de santé publics » (la « santé publique » étant interprétée comme l'opposé des « services de santé privés »). C'est pour cette raison que nous parlons de « protection et

**Le Comité a délibérément évité d'utiliser l'expression « santé publique » ... nous parlons de « protection et promotion de la santé »**

promotion de la santé ». Nous considérons que la protection et la promotion de la santé comprennent les activités suivantes : surveillance des maladies, prévention des maladies et des blessures, protection de la santé, mesures et interventions en cas d'urgences sanitaires, promotion de la santé et travaux de recherche correspondants.





*Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a estimé qu'il y avait beaucoup à apprendre de la crise du SRAS au Canada – en grande partie du fait que de nombreuses autres leçons n'avaient pas été prises en compte auparavant<sup>3</sup>.*

#### 1.1 L'étude antérieure du Comité sur la santé et les soins de santé

Dans le cadre de son étude des multiples aspects de la santé et des soins de santé, qui s'est étendue sur plusieurs années (1999 à 2002), le Comité a examiné de nombreuses questions entourant la protection et la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé de la population. *Le chemin parcouru* (mars 2001) présentait des renseignements détaillés sur l'état de santé des Canadiens et expliquait le concept des « déterminants de la santé » et celui de la « santé de la population<sup>4</sup> ». Dans *Tendances actuelles et défis futurs* (janvier 2002), le Comité a examiné les tendances dans les domaines des maladies infectieuses, des maladies chroniques, des maladies mentales et des blessures et a souligné le besoin de renforcer la protection de la santé et d'élaborer des stratégies adéquates de prévention de la maladie et de promotion de la santé<sup>5</sup>. Dans son rapport *Questions et options* (septembre 2001), le Comité a reconnu que le gouvernement fédéral a un important rôle à jouer dans les domaines de la protection de la santé, de la prévention des maladies et dans la promotion de la santé et du mieux-être. Il a souligné en outre que les objectifs du gouvernement fédéral dans ces domaines devraient comprendre ce qui suit :

- Protection de la santé de la population : Renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;
- Promotion de la santé et prévention des maladies : Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;
- Mieux-être : Encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Rapport Naylor, p. 12.

<sup>4</sup> Chapitre cinq, « L'état de santé et le concept de santé de la population », volume un, *Le chemin parcouru*, mars 2001.

<sup>5</sup> Chapitre quatre, « Tendances de la maladie », volume deux, *Tendances actuelles et défis futurs*, janvier 2002.

<sup>6</sup> Chapitre quatre, « Le rôle du gouvernement fédéral : objectifs et contraintes », volume quatre, *Questions et options*, septembre 2001.

Dans *Recommandations en vue d'une réforme* (octobre 2002), le Comité a souligné que la protection de la santé fonctionne souvent sans attirer l'attention du grand public – surveillance, essais, analyses, interventions, information, promotion et prévention – jusqu'à ce que des événements imprévus surviennent. L'importance de la protection de la santé prend alors rapidement d'énormes proportions. Nous avons également mentionné que cette prise de conscience se fait souvent au prix de grandes souffrances, peut-être même de décès, et de dépenses considérables à cause d'événements qu'il aurait souvent été possible de prévenir<sup>7</sup>. Les récentes flambées de SRAS en témoignent bien.

C'est également dans *Recommandations en vue d'une réforme* que le Comité s'est inquiété de l'insuffisance du financement – souvent instable et incohérent – des interventions de protection de la santé. Nous avons en outre soulevé plusieurs autres questions : la fragmentation du système de protection de la santé ; les multiples responsabilités législatives fédérales, provinciales et territoriales qui nécessitent des négociations complexes entre les différents intervenants et entravent une coordination optimale des activités de protection et de promotion de la santé ; ainsi que l'absence de responsabilités bien définies et le manque de leadership. Le Comité était particulièrement préoccupé par la faiblesse du financement public dans le domaine de la promotion de la santé, par rapport aux dépenses consacrées aux soins.

Pour faire face à ces préoccupations, le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral fasse preuve d'un leadership fort dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé et fournisse des fonds supplémentaires pour soutenir et mieux coordonner et intégrer l'infrastructure de protection de la santé au Canada ainsi que les efforts pertinents de promotion de la santé. Nous avons recommandé que des crédits fédéraux supplémentaires de 200 millions de dollars soient réservés à cet important secteur.

Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a aussi noté que les maladies chroniques constituent l'une des principales causes de décès et d'invalidité au Canada, que beaucoup de ces maladies sont évitables dans une grande mesure et que le gouvernement fédéral devrait, de concert avec les provinces et les territoires et en consultation avec les principaux intervenants, accorder une haute priorité à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Nous avons recommandé que le gouvernement contribue au financement de cette stratégie à raison de 125 millions de dollars par an.

**Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral fasse preuve d'un leadership fort dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé et fournisse des fonds supplémentaires pour soutenir et mieux coordonner et intégrer l'infrastructure de protection de la santé au Canada ainsi que les efforts pertinents de promotion de la santé. Nous avons recommandé que des crédits fédéraux supplémentaires de 200 millions de dollars soient réservés à cet important secteur.**

<sup>7</sup> Chapitre treize, « Une politique publique "pro-santé" - La santé au-delà des soins de santé », volume six, *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002.



Nous sommes heureux de noter que le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique mentionne, partout dans son rapport, la contribution de notre Comité. Notre connaissance des questions entourant la protection et la promotion de la santé se fonde sur l'expertise de nombreux organismes et particuliers qui nous ont renseignés par leurs témoignages verbaux et par les mémoires écrits qu'ils nous ont présentés dans les trois dernières années. Nous avons également trouvé de précieux renseignements sur les questions liées à la protection et à la promotion de la santé dans un certain nombre de documents très importants que nous résumons dans la section qui suit. Ces documents ainsi que les témoignages reçus par le Comité appuient fortement les observations et les conclusions du rapport Naylor.

## 1.2 Examen de quelques documents

Au cours des dix dernières années, c'est-à-dire bien avant l'apparition du SRAS, de nombreux groupes ont préconisé le renforcement de la protection et de la promotion de la santé ainsi que de la capacité de détection, de prévention et de gestion des flambées épidémiques de maladies infectieuses importantes ou émergentes.

En 1994, le groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes, groupe de travail formé par Santé Canada et composé d'une quarantaine de scientifiques, a publié la *Déclaration du Lac Tremblant*. Ce document signale de nombreux problèmes, dont les questions de compétence, le manque de coordination, l'incompatibilité des systèmes informatiques, les limites des capacités de surveillance, la pénurie d'épidémiologistes, le manque d'analyses de données récentes, le manque de leadership fédéral et le besoin d'un financement fédéral accru.

La *Déclaration du Lac Tremblant* préconise la mise en place d'une stratégie nationale de surveillance et de contrôle des infections émergentes et réémergentes, le soutien et le renforcement de l'infrastructure de santé publique nécessaire pour permettre la surveillance, l'établissement de diagnostics rapides en laboratoire et des interventions opportunes face à des maladies infectieuses émergentes et réémergentes, la coordination et la collaboration en vue de la mise en place d'un programme national de recherche sur ces maladies, une stratégie nationale d'immunisation, un système d'information électronique centralisé sur les rapports de laboratoire afin de surveiller les infections humaines et animales, et le renforcement des capacités d'enquête sur les flambées épidémiques possibles de maladies infectieuses émergentes et réémergentes au Canada<sup>8</sup>.

En 1997, la Conférence des sous-ministres de la Santé a demandé au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population d'entreprendre un examen de l'infrastructure canadienne de protection et de promotion de la santé. Le comité a terminé en 2001 son étude intitulée *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*. Ce rapport inédit présente un aperçu des forces et des faiblesses du système et propose des améliorations de la capacité de protection de la santé au Canada. Parmi ses conclusions, il y a lieu de noter les suivantes :

---

<sup>8</sup> Groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes, *Déclaration du Lac Tremblant*, 1994.

- Il y a des disparités entre les différentes régions du pays au chapitre de la capacité de protection de la santé.
- On peut constater, aux niveaux supérieurs du gouvernement, un manque de leadership et beaucoup de réticence à affecter des ressources à la protection de la santé.
- L'orientation en matière de protection de la santé est souvent perçue comme étant incohérente parce qu'elle n'est pas toujours fondée sur des preuves scientifiques.
- À tous les paliers de gouvernement, il manque de stratégies soutenues de prévention; de plus, les investissements à long terme dans les efforts de promotion de la santé et de santé de la population sont nettement insuffisants.
- La planification et le développement des ressources humaines sont clairement déficients.
- Pour ce qui est de la surveillance, il y a des faiblesses dans la qualité, la quantité et l'accessibilité des données, et il serait nécessaire de mieux intégrer les systèmes de collecte de données.
- Il manque également de compétences et de connaissances pour analyser et utiliser efficacement les données.
- Enfin – et c'est peut-être là le point le plus important –, « il serait difficile de gérer plus d'une crise à la fois et des crises d'une certaine importance pourraient gravement compromettre les programmes en cours<sup>9</sup> ».

En 1999, puis de nouveau en 2002, le Bureau du vérificateur général du Canada a soulevé des questions critiques au sujet du cadre de collaboration fédéral-provincial-territorial pour la surveillance des maladies infectieuses et la gestion des flambées épidémiques<sup>10</sup> :

- À l'échelle nationale, la surveillance est faible et beaucoup de systèmes ne disposent pas de renseignements actuels, exacts et complets sur les maladies. Pour la vérificatrice générale, cela réduit sérieusement la capacité d'anticiper, de prévenir, de combattre, de surveiller et de contrôler les maladies au Canada.
- Aucune mesure législative ne définit les rôles et les responsabilités des différents ordres de gouvernement ni ne précise les modalités de coopération entre eux. L'absence de modalités officielles de coopération empêche les responsables de réagir rapidement à des situations d'urgence.

---

<sup>9</sup> Comité consultatif sur la santé publique, *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*, document établi à l'intention des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé, mars 2001 (inédit).

<sup>10</sup> Vérificateur général du Canada, *Santé Canada – La surveillance de la santé nationale*, chapitre 2, Rapport Le Point 2002, septembre 2002; *La gestion d'une épidémie de toxi-infection alimentaire*, chapitre 15, rapport de septembre 1999; *La surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures*, chapitre 14, rapport de septembre 1999.



- En particulier, les provinces et les territoires ne sont obligés de déclarer la plupart des maladies contagieuses ni au gouvernement fédéral ni aux autres provinces et territoires. C'est là un obstacle important à la surveillance, qui peut mettre en danger la santé des Canadiens.
- Santé Canada n'a pas les moyens financiers de maintenir ses systèmes de surveillance des maladies. Ces dernières années, le ministère a reçu de moins en moins de crédits pour la surveillance des maladies infectieuses et chroniques. La vérificatrice générale s'inquiète également de la façon dont Santé Canada évalue ses activités de surveillance de la santé et en rend compte.

### 1.3 Le rapport Naylor

En mai 2003, après la crise du SRAS, la ministre fédérale de la Santé a formé le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Le comité, dirigé par le D<sup>r</sup> David Naylor, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, a publié son rapport début octobre 2003. Il y énonce un plan d'action global pour modifier de toute urgence l'approche canadienne en matière de protection et de promotion de la santé. Dans son analyse et ses recommandations, le rapport expose un plan clair de réforme et de renouvellement des moyens de déceler, de prévenir et de gérer les flambées épidémiques de maladies infectieuses importantes ou émergentes au Canada.

Le rapport Naylor s'inspire beaucoup des conclusions et recommandations d'études antérieures. Comme le reconnaissent eux-mêmes les membres du Comité consultatif national, « une décennie plus tard, nous formulons des recommandations très semblables dans notre rapport<sup>11</sup> ». Nous présentons ci-dessous un bref résumé des principaux aspects du rapport.

Le rapport Naylor met le doigt sur plusieurs faiblesses systémiques aux niveaux institutionnel, local, provincial-territorial et fédéral, notamment de multiples lacunes graves des systèmes de contrôle, de surveillance et de gestion des maladies. Ces faiblesses résultent de différents facteurs : ressources limitées, pénuries de personnel compétent, manque de préparation et de planification, déficiences des structures organisationnelles, manque d'intégration entre la protection de la santé et le secteur des soins, problèmes de culture politique et insuffisance de la collaboration et des communications entre les différents établissements, organismes et gouvernements.

D'après le rapport Naylor, on pourrait remédier à beaucoup de ces faiblesses, ou du moins

**Le rapport Naylor met le doigt sur plusieurs faiblesses systémiques aux niveaux institutionnel, local, provincial-territorial et fédéral, notamment de multiples lacunes graves des systèmes de contrôle, de surveillance et de gestion des maladies... D'après le rapport Naylor, on pourrait remédier à beaucoup de ces faiblesses, ou du moins les atténuer, en renforçant la présence fédérale dans le domaine grâce à la création d'une agence nationale de protection et de promotion de la santé, qui agirait en toute indépendance du gouvernement.**

<sup>11</sup> Rapport Naylor, p. 3.

les atténuer, en renforçant la présence fédérale dans le domaine grâce à la création d'une agence nationale de protection et de promotion de la santé, qui agirait en toute indépendance du gouvernement. Cette agence, qui serait semblable à bien des égards aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, donnerait au gouvernement fédéral la possibilité de mieux appuyer le travail local de contrôle et de prévention des maladies. Elle remettrait au premier plan les points de vue professionnels et scientifiques, éliminerait certaines difficultés de nature politique ou bureaucratique et faciliterait la collaboration entre les professionnels de la protection et de la promotion de la santé des différents ordres de gouvernement. Elle aurait aussi l'avantage de constituer un point central canadien pour la gestion des questions liées à la protection et à la promotion de la santé à nos frontières et pour traiter avec nos partenaires internationaux.

Même si le Comité consultatif national n'avait pas le mandat d'émettre des recommandations précises en matière de financement, il a fourni des estimations très soigneuses du niveau de financement fédéral nécessaire pour renouveler la protection et la promotion de la santé. D'après le rapport Naylor, les fonds *existants* de quelque 300 millions de dollars que Santé Canada consacre à ce domaine devraient immédiatement aller à la nouvelle agence. Un financement fédéral *supplémentaire* de 200 millions de dollars par an est recommandé pour étendre les fonctions de base de la nouvelle agence. De plus, le rapport Naylor recommande d'affecter 500 millions de dollars *de plus* pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé (300 millions de dollars), augmenter les transferts destinés à la surveillance des maladies transmissibles (100 millions de dollars) et financer une stratégie nationale d'immunisation (100 millions de dollars).

**D'après le rapport Naylor, les fonds existants de quelque 300 millions de dollars que Santé Canada consacre à ce domaine devraient immédiatement aller à la nouvelle agence. Un financement fédéral supplémentaire de 200 millions de dollars par an est recommandé pour étendre les fonctions de base de la nouvelle agence. De plus, le rapport Naylor recommande d'affecter 500 millions de dollars de plus.**

Comme le note clairement le rapport Naylor, une partie de ces fonds supplémentaires pourrait être prélevée sur les crédits actuellement affectés à des programmes et des initiatives en cours (comme certains investissements de l'Inforoute Santé ou de Développement des ressources humaines Canada).

Le rapport Naylor signale que la collaboration fédérale-provinciale-territoriale dans le domaine des mesures et des interventions en cas d'urgences sanitaires est plus poussée que dans celui de la surveillance de la santé et de la gestion des flambées épidémiques. Cette collaboration a été déclenchée par les attentats terroristes commis aux États-Unis le 11 septembre 2001. Pour accélérer les activités de collaboration en matière de surveillance des maladies infectieuses et de gestion des flambées, le rapport Naylor recommande la création d'un réseau fédéral-provincial-territorial de surveillance des maladies transmissibles. Ce réseau regrouperait les centres d'excellence provinciaux et fédéraux, et notamment le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique, l'Institut national de santé publique du Québec et le Laboratoire national de microbiologie établi par le gouvernement fédéral à Winnipeg.



Le rapport Naylor recommande également un examen général intergouvernemental destiné à harmoniser la législation fédérale-provinciale-territoriale relative aux urgences sanitaires. Il propose par ailleurs d'envisager l'adoption d'une loi fédérale sur les urgences sanitaires dont la mise en œuvre serait déclenchée en même temps que les plans d'urgence provinciaux en cas de crise sanitaire d'envergure nationale. Pour le Comité consultatif national, cela permettrait de préciser dans une grande mesure les rôles respectifs des gouvernements lorsqu'une urgence sanitaire touche plusieurs provinces. Le rapport Naylor souligne néanmoins que, même si de nouvelles mesures législatives sont nécessaires à long terme, toutes les mesures immédiates de réforme peuvent être prises sans attendre l'adoption de nouvelles lois et, surtout, la nouvelle agence indépendante peut être créée sous le régime de la loi actuelle.

#### 1.4 Point de vue du Comité

Le Comité félicite le Comité consultatif Naylor pour son étude approfondie et son rapport très complet, qui est probablement le premier de son genre au Canada. Nous appuyons fortement la vision dont ce rapport s'inspire<sup>12</sup>. Nous considérons qu'il définit une approche *pratique* à long terme pour l'amélioration de l'infrastructure et de la gouvernance de la protection et de la promotion de la santé au Canada. Par conséquent, nous appuyons fortement ses recommandations. Le rapport Naylor relève aussi un certain nombre d'initiatives à mettre en œuvre à court terme. Ces mesures sont essentielles pour rétablir la confiance des Canadiens dans la capacité de leurs gouvernements de protéger leur santé, non seulement au lendemain des flambées de SRAS, mais aussi après certains événements tragiques tels que le scandale du sang contaminé et la contamination de l'eau potable à Walkerton.

**Le Comité félicite le Comité consultatif Naylor pour son étude approfondie et son rapport très complet... Nous considérons qu'il définit une approche *pratique* à long terme pour l'amélioration de l'infrastructure et de la gouvernance de la protection et de la promotion de la santé au Canada. Par conséquent, nous appuyons fortement ses recommandations.**

Le Comité convient très volontiers avec le Comité consultatif Naylor qu'il faut agir immédiatement :

Le temps n'est pas au relâchement. Le SRAS a été endigué, mais de façon temporaire peut-être, et l'automne et les maladies respiratoires qui l'accompagnent vont nous revenir bientôt. C'est donc dès maintenant que nous devons entreprendre les travaux nécessaires pour améliorer le système de santé publique et mieux équiper nos services cliniques<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Dans le présent rapport, le Comité se concentre sur les recommandations du rapport Naylor qui s'attardent plus particulièrement au rôle du gouvernement fédéral. Nous n'avons pas examiné les conclusions et recommandations du rapport Naylor portant sur les questions à caractère provincial/territorial et local.

<sup>13</sup> Rapport Naylor, p. 21.

Par conséquent, le premier objectif du présent rapport est de définir les mesures *initiales* à prendre pour favoriser la réforme et le renouvellement de la protection et de la promotion de la santé au Canada. De ce fait, le rapport traite essentiellement de la structure nécessaire pour renforcer la protection et la promotion de la santé dans les années à venir ainsi que des mesures à prendre *dans les 12 prochains mois* pour affronter de graves flambées épidémiques de maladies infectieuses. Comme les grandes catastrophes nationales, ces flambées ont une portée nationale qui nécessitent un leadership fédéral. De l'avis du Comité, ces mesures doivent porter sur les domaines suivants : réforme structurelle, renforcement des capacités, vaccination et prévention des maladies chroniques et financement.

**Le premier objectif du présent rapport est de définir les mesures *initiales* à prendre pour favoriser la réforme et le renouvellement de la protection et de la promotion de la santé au Canada.**

Sur le plan de la réforme structurelle, nous recommandons avec insistance la création d'une agence de protection et de promotion de la santé d'envergure nationale. Comme de nombreux témoins, nous croyons qu'un organisme national unique et crédible contribuerait grandement à régler le problème que pose la fragmentation actuelle de la protection et de la promotion de la santé. Une autorité nationale unique améliorerait également la préparation et faciliterait la réaction aux urgences sanitaires d'une façon mesurée et à l'abri de l'influence politique et bureaucratique.

**Sur le plan de la réforme structurelle, nous recommandons avec insistance la création d'une agence de protection et de promotion de la santé d'envergure nationale.... Comme première mesure, nous recommandons que toutes les fonctions et activités actuellement confiées à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (Santé Canada) relèvent d'un nouvel organisme.**

Comme première mesure, nous recommandons que toutes les fonctions et activités actuellement confiées à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (Santé Canada) relèvent d'un nouvel organisme, qui peut être créé par décret et qui pourrait être régi au départ par un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé ayant pour fonctions de donner des conseils sur la législation, le mandat et la gouvernance de la nouvelle Agence. Le Bureau en question devrait s'acquitter de ses fonctions le plus rapidement possible.

**La réforme structurelle envisagée doit comprendre un « système d'alerte médicale » qui préciserait les rôles et responsabilités de chaque ordre de gouvernement et permettrait d'aborder les urgences sanitaires d'une façon rapide, progressive et systématique.**

Le Comité convient en outre avec l'Association médicale canadienne et le Comité consultatif Naylor que la réforme structurelle envisagée doit comprendre un « système d'alerte médicale » qui préciserait les rôles et responsabilités de chaque ordre de gouvernement et permettrait d'aborder les urgences sanitaires d'une façon rapide,



progressive et systématique. Une fois qu'elle aura été créée, l'Agence de protection et de promotion de la santé pourrait être chargée d'élaborer, en priorité, un protocole d'entente avec les gouvernements provinciaux-territoriaux sur la mise en œuvre de ce système d'alerte médicale.

Le renforcement des capacités est une notion assez vaste qui s'étend à plusieurs secteurs : systèmes de surveillance, mesures et interventions d'urgence, ressources humaines, laboratoires de santé publique, technologies de l'information, communications et recherche. Le Comité croit qu'un système de surveillance d'envergure nationale doit constituer un élément fondamental de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. Un solide système national de surveillance des maladies permettrait de diffuser en temps réel dans tout le pays des renseignements sur les cas de maladies à déclaration obligatoire. Le Comité croit que le gouvernement fédéral doit *immédiatement* fournir des crédits supplémentaires pour maintenir et renforcer la surveillance des maladies au Canada.

**Le Comité croit qu'un système de surveillance d'envergure nationale doit constituer un élément fondamental de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé.... Le Comité croit que le gouvernement fédéral doit *immédiatement* fournir des crédits supplémentaires pour maintenir et renforcer la surveillance des maladies au Canada.**

Les ressources humaines constituent aussi un élément essentiel d'une infrastructure efficace de protection et de promotion de la santé. À l'heure actuelle, les effectifs de protection de la santé sont extrêmement réduits au Canada. Le Comité convient avec de nombreux témoins que, pour avoir à long terme un effectif suffisant de protection de la santé, il faudrait créer une école virtuelle de santé publique, qui tirerait parti des points forts des départements actuels de certains collèges et universités. De plus, il faudrait mettre au point un plan de déploiement rapide des ressources humaines en cas d'urgences sanitaires, ce qui nécessitera une « réserve » ou capacité d'appoint de professionnels de la santé pleinement qualifiés (que nous appelons également équipes d'intervention en cas d'urgences sanitaires ou EISU).

Une infrastructure efficace de protection et de promotion de la santé nécessite également une solide capacité de diffusion de renseignements de bonne source et fondés sur des données probantes au moment opportun. Le Comité est d'accord avec de nombreux témoins sur la nécessité d'améliorer l'infrastructure actuelle de communication pour assurer des échanges d'information efficaces à tous les niveaux de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé.

De plus, le Comité convient avec le Comité consultatif Naylor que la nouvelle agence devrait réserver des fonds pour accroître la capacité nationale de recherche dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Nous croyons que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent se rendre compte du fait que la recherche est un élément de base de la protection et de la promotion de la santé et lui assurer un financement suffisant.

Le Comité insiste, une fois de plus dans ce rapport, sur la nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques et exprime son appui pour l'élaboration d'un programme national d'immunisation. Nous recommandons que ces deux initiatives soient confiées à l'Agence de protection et de promotion de la santé.

Enfin, comme il l'a dit dans ses rapports antérieurs, le Comité croit fermement qu'il est nécessaire d'examiner les modalités de financement de la réforme. Nous convenons avec le Comité consultatif Naylor que les changements dont nous avons besoin *ne peuvent être réalisés* que si le gouvernement fédéral *ajoute* de nouveaux crédits au financement existant. De plus, nous appuyons fortement le point de vue exprimé dans le rapport Naylor et par de nombreux témoins : les transferts fédéraux à d'autres ordres de gouvernement et d'autres organismes doivent être ciblés, et les bénéficiaires de ces transferts, qu'il s'agisse de gouvernements, d'organismes ou de particuliers, doivent rendre compte de leur utilisation des fonds fédéraux.

**Le Comité insiste, une fois de plus dans ce rapport, sur la nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques et exprime son appui pour l'élaboration d'un programme national d'immunisation.**

Nos observations, conclusions et recommandations relatives à la réforme structurelle, au renforcement des capacités, à la vaccination et à la prévention des maladies chroniques ainsi qu'au financement figurent dans les quatre chapitres suivants.

Le Comité croit fermement que c'est maintenant *le temps d'agir*. En effet, comme l'a si bien dit le D<sup>r</sup> Sunil Patel, président de l'Association médicale canadienne :

**Le Comité croit fermement que c'est maintenant *le temps d'agir*.**

Maintenant plus que jamais, nous avons besoin de leadership. Nous ne pouvons prendre le risque d'attendre le prochain SRAS<sup>14</sup>.

Il y a un large consensus et souvent l'unanimité parmi les scientifiques, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et le public canadien sur les changements nécessaires pour réaliser la réforme de l'infrastructure et de la gouvernance de la protection et de la promotion de la santé. Nous devons en profiter pour aller de l'avant.

**L'inaction au niveau fédéral serait jugée totalement inacceptable. Le gouvernement fédéral doit honorer ses obligations aussi bien nationales qu'internationales.**

Le Comité tient à souligner qu'à défaut d'une action rapide, la confiance du public dans l'infrastructure canadienne de protection de la santé sera sérieusement ébranlée.

---

<sup>14</sup> Association médicale canadienne, « L'AMC et le Comité consultatif national sur le SRAS exhortent les gouvernements à agir », communiqué, 7 octobre 2003 (disponible sur Internet à [www.cma.ca](http://www.cma.ca)).



Par conséquent, l'inaction au niveau fédéral serait jugée totalement inacceptable. Le gouvernement fédéral *doit* honorer ses obligations aussi bien nationales qu'internationales. C'est la raison pour laquelle nous présentons, dans les chapitres qui suivent, un chemin critique d'action, de même que des points de repère par rapport auxquels on peut mesurer les progrès réalisés.





## CHAPITRE DEUX :

### UNE NOUVELLE AGENCE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

---

*La nouvelle agence fournirait les compétences et assurerait la coordination nécessaire dans le cadre d'un système pancanadien intégré de santé publique. Elle devrait être indépendante du gouvernement et relever du Parlement par l'entremise du ministre de la Santé. Elle devrait se fonder sur les centres d'excellence qui existent actuellement dans le pays, y compris les centres régionaux, et devrait être habilitée à engager des dépenses pour favoriser l'action des municipalités, des provinces et des organisations non gouvernementales<sup>15</sup>.*

Nous examinons dans ce chapitre la nature des réformes structurelles nécessaires pour renforcer la capacité du Canada d'affronter les urgences sanitaires partout dans le pays et de jeter les fondements institutionnels d'un meilleur système de protection et de promotion de la santé des Canadiens. Nous étudions d'abord les motifs de la création d'une nouvelle agence nationale indépendante du gouvernement. Nous évaluons ensuite les modèles possibles pour aboutir à la conclusion que nous privilégions le modèle proposé dans le rapport Naylor. Nous présentons enfin un aperçu du mandat que le Comité envisage pour la nouvelle agence et les mesures à prendre immédiatement pour en faire une réalité.

#### 2.1 Les avantages d'une agence nationale indépendante

Beaucoup de témoins ont expliqué au Comité les grands avantages d'une nouvelle agence de protection et de promotion de la santé qui jouirait d'une plus grande autonomie que l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. Pour le Comité, il importe de ne pas interpréter les observations des témoins, ni d'ailleurs ses propres observations à cet égard, comme des critiques du travail professionnel et dévoué du personnel chargé de la santé publique au sein de Santé Canada. Nous devons plutôt considérer que les enseignements tirés des événements qui ont entouré les flambées de SRAS mettent en évidence les faiblesses systémiques des structures établies pour protéger la santé des Canadiens.

Les témoins ont dit à maintes reprises que le Canada ne commence pas à zéro lorsqu'il envisage d'améliorer son infrastructure de protection et de promotion de la santé. Le Comité a appris que, même s'il est exagéré de dire que le pays possède un système de protection coordonné, il dispose néanmoins de ressources considérables aux niveaux fédéral, provincial-territorial et local. Par conséquent, le problème découle du manque de coordination et de l'absence d'un point central de décision en cas d'urgences sanitaires et il est clair qu'une partie de la solution réside dans l'établissement d'une plus grande collaboration.

---

<sup>15</sup> Association canadienne de santé publique, mémoire au comité, p. 8.

Les ressources les plus importantes sont concentrées dans la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada. À l'heure actuelle, la DGSPSP comprend le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence, le Centre de coordination de la surveillance et le Centre de développement de la santé humaine. La DGSPSP supervise également les activités du Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg et du Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire de Guelph.

Même si l'intervention fédérale dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé relève en majeure partie de la DGSPSP, d'autres services de Santé Canada ainsi que d'autres ministères et organismes fédéraux y jouent différents rôles. C'est le cas, par exemple, de la Direction générale des produits de santé et des aliments et de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs de Santé Canada, ainsi que de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile, qui relèvent tous deux de ministères fédéraux autres que Santé Canada.

Dans le reste du pays, la capacité et les ressources de protection et de promotion de la santé sont très variables, de même que l'organisation des services correspondants. Beaucoup de témoins ont mentionné l'Institut national de santé publique du Québec et le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique comme modèles provinciaux d'approche coordonnée et intégrée de la protection et de la promotion de la santé.

Comme nous l'avons brièvement noté au chapitre précédent, l'approche globale canadienne de protection et de promotion de la santé souffre de lacunes importantes que la crise du SRAS a mises en évidence. S'il est vrai qu'on ne peut pas douter du courage, de la compétence et du dévouement des travailleurs de première ligne du domaine de la santé, il faut reconnaître que ces travailleurs ont été obligés d'improviser à différentes occasions où ils auraient dû pouvoir compter sur des procédures, des protocoles et des ressources prévus d'avance.

Comme le signale le rapport Naylor, la réaction à la crise du SRAS a révélé de nombreuses lacunes systémiques graves, notamment<sup>16</sup> :

- une absence de capacité d'appoint dans les systèmes cliniques et de santé publique;
- une difficulté à faire faire rapidement des tests de laboratoire et à obtenir les résultats;
- une absence de protocoles sur le partage des données ou de l'information entre les différents ordres de gouvernement;
- une insuffisance de la capacité à mener des enquêtes épidémiologiques;

---

<sup>16</sup> Rapport Naylor, p. 1.



- un manque de coordination dans les processus administratifs entre les établissements et les administrations pour gérer la flambée épidémique et répondre à l'urgence;
- une faiblesse des liens entre le système des services de santé publique et les services individuels de santé, notamment les soins primaires et les soins en établissement et à domicile.

Dans un rapport de consultation présenté au Comité, la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle a également mis en cause l'insuffisance du financement, les pénuries de main-d'œuvre et le manque de coordination entre les différents ordres de gouvernement comme principaux obstacles à l'établissement de politiques et de services adéquats de protection et de promotion de la santé au Canada<sup>17</sup>.

De quelle façon, par conséquent, la création d'une agence nationale indépendante du gouvernement peut-elle faire une différence?

Les témoins ont évoqué de nombreux points à cet égard, mais ils ont été unanimes dans leur insistance sur la nécessité d'une nouvelle agence. Leurs motifs peuvent être regroupés sous sept catégories. À leur avis, une agence nationale indépendante de protection et de promotion de la santé aurait les avantages suivants :

**Une agence nationale indépendante de protection et de promotion de la santé aurait les avantages suivants :**

- *Concentrer les ressources fédérales*
- *Renforcer la collaboration parmi les différents ordres de gouvernement et les fournisseurs*
- *Favoriser l'intégration des activités de protection et de promotion de la santé*
- *Permettre des interventions plus opportunes et plus flexibles en réaction aux urgences sanitaires*
- *Améliorer et cibler la communication*
- *Offrir un horizon de planification à plus long terme*
- *Faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé*

1. *Concentrer les ressources fédérales.* Une nouvelle agence permettrait au gouvernement fédéral de mieux appuyer le travail local de contrôle et de prévention des maladies et constituerait un point de convergence clair pour la gestion des questions de santé à nos frontières et pour traiter avec la communauté internationale.
2. *Renforcer la collaboration parmi les différents ordres de gouvernement et les fournisseurs.* Une nouvelle agence permettrait de mieux préciser les responsabilités parmi les différents ordres de gouvernement. Elle favoriserait aussi une plus grande collaboration entre les professionnels fédéraux et provinciaux de la protection et de la promotion de la santé parce que les représentants fédéraux, n'étant pas fonctionnaires de Santé Canada, auraient plus de latitude dans leur interaction avec leurs homologues provinciaux.
3. *Favoriser l'intégration des activités de protection et de promotion de la santé.* Une nouvelle agence rendrait disponibles des ressources grâce à l'affectation de personnel dans des

<sup>17</sup> "A Consultation Report on Current Public Health Issues", document présenté au Comité le 16 octobre 2003 par la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle, p. 5.

organisations provinciales ou régionales et à l'utilisation de ses ressources financières pour contribuer au financement de l'intégration des activités parmi les différents ordres de gouvernement. Elle pourrait ainsi inciter les autres ordres de gouvernement à investir de façon à réaliser une plus grande uniformité et une plus grande cohérence dans les interventions de protection et de promotion de la santé.

4. *Permettre des interventions plus opportunes et plus flexibles en réaction aux urgences sanitaires.* Une nouvelle agence serait conçue pour avoir la capacité d'agir plus rapidement et plus efficacement qu'il n'est possible de le faire au sein d'un ministère. Le processus décisionnel serait plus rapide, n'étant soumis que dans une moindre mesure aux lourdes procédures d'un grand ministère fédéral. M. Ron Zapp, directeur exécutif du Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique, a dit au Comité que c'était là l'expérience qu'il avait lui-même vécue dans un organisme autonome : « Nous avons la possibilité d'intervenir rapidement. Le ministère, lui, doit agir avec une plus grande prudence quand il prend des mesures »<sup>18</sup>.
5. *Améliorer et cibler la communication.* La concentration des ressources au sein de la nouvelle agence permettrait de mettre en commun l'expérience acquise au chapitre de la communication avec les responsables de la protection de la santé et avec le grand public. Les messages transmis seraient plus uniformes. Comme nous avons pu le constater lors de la crise du SRAS, il est crucial de communiquer de façon professionnelle et coordonnée pour conserver une crédibilité aux yeux du public et des partenaires internationaux. De même, la mise en place au Canada de systèmes de renseignements améliorés permettrait d'acheminer l'information à l'agence pour qu'elle la transmette ensuite rapidement aux premières lignes.
6. *Offrir un horizon de planification à plus long terme.* La nouvelle agence devrait être conçue de façon à ne pas être liée par le cycle de planification annuelle du gouvernement, mais à pouvoir planifier en fonction de risques à plus long terme, comme des maladies chroniques sur une période de 15 ou 20 ans.
7. *Faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé.* Une nouvelle agence serait en meilleure position pour recruter le type de scientifiques dont le pays a besoin pour pouvoir se doter d'un système de protection et de promotion de la santé de calibre véritablement mondial. De plus, ce milieu de travail offrirait aux professionnels et aux scientifiques un cheminement de carrière plus intéressant dans ce domaine que ce n'est le cas à l'heure actuelle.

Dans les chapitres subséquents, nous nous pencherons sur les mesures qu'une nouvelle agence pourrait prendre pour concrétiser les avantages décrits dans les sept rubriques susmentionnées. Il est toutefois utile d'essayer d'imaginer comment une telle agence aurait pu influencer le cours réel des récents événements si elle avait existé au moment de la crise du SRAS. Dans son témoignage devant le Comité, le Dr Naylor a expliqué comment les choses auraient pu se passer s'il y avait eu une épidémie de SRAS ou une quelque autre flambée épidémique dans une petite province comme l'Île-du-Prince-Édouard, et qu'une agence nationale avait été en place. L'intervention du Dr Naylor mérite d'être résumée en détail :

---

<sup>18</sup> *Délibérations du Comité*, 25 septembre 2003.



D'abord, dans cet autre monde imaginaire et idéal, l'agence assurerait un suivi permanent des incidents nationaux et internationaux, en plus de créer et d'entretenir des systèmes de surveillance généraux permettant de déceler les risques potentiels. Si de nouveaux cas de SRAS commençaient à se déclarer, l'alerte serait donnée à grande échelle. Dès la première manifestation de l'agent infectieux à Berlin, à Singapour ou ailleurs, une série d'avertissements seraient lancés à travers le monde pour dire que le virus X ou la bactérie B est en recrudescence. Ces avertissements seraient ensuite rapidement et activement transmis grâce aux systèmes canadiens de santé publique et de soins de santé. Les médecins-conseils en santé publique et les directeurs des soins de santé recevraient immédiatement des avertissements de la part de la nouvelle agence et de l'agent de santé publique du Canada en cas de problème.

S'il y avait un intermédiaire reconnu, on se reporterait alors à un protocole bien compris et convenu pour savoir ce qu'il convient de faire en pareil cas. Il y aurait aussi un ensemble commun de processus administratifs sur les modes d'intervention. Ainsi, plutôt que d'improviser au fur et à mesure, les répondants de première ligne s'en remettraient à un consensus national sur les pratiques exemplaires. S'il y avait un nouvel intermédiaire, dès que le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard appellerait à l'aide, celui-ci offrirait un soutien sur place en fonction des protocoles déjà en vigueur en matière de collaboration.

L'amélioration de l'intervention dépend donc d'une combinaison de facteurs. Toutes les provinces et tous les territoires au Canada pourraient compter sur un meilleur soutien technique de la part du gouvernement fédéral. Grâce aux processus et aux plans convenus, de même qu'aux ententes réciproques de collaboration conclues avec d'autres instances, tous les éléments seraient en place pour assurer l'efficacité de l'intervention. Les intervenants concernés ne se retrouveraient plus dans une situation où ils doivent partir de rien. Il faudrait encore combler certaines lacunes et bon nombre de choses devraient être comprises et analysées, mais les protocoles et les processus nécessaires à l'Île-du-Prince-Édouard seraient déjà en place pour enrayer l'épidémie.

Le partage des coûts engagés pour faire face à une telle situation dépendrait de la nature de l'épidémie. Il est clair qu'il incomberait à la province en situation d'urgence de décider s'il y a lieu ou non de faire appel à l'équipe d'intervention d'urgence. Selon la nature de la menace, cette intervention serait financée par la province elle-même, ou serait cofinancée<sup>19</sup>.

Le Comité a aussi été impressionné par le fait que le modèle d'agence distincte vouée à la protection et à la promotion de la santé gagne en popularité à l'échelle

**Le Comité a aussi été impressionné par le fait que le modèle d'agence distincte vouée à la protection et à la promotion de la santé gagne en popularité à l'échelle internationale.**

<sup>19</sup> Voir les *Délibérations du Comité*, 9 octobre 2003.

internationale. Bien sûr, le modèle exemplaire d'agence indépendante demeure, à bien des égards, le Centres for Disease Control and Prevention, qui a son siège social à Atlanta, aux États-Unis.

En Grande-Bretagne, on a créé en avril 2003 une agence de protection de la santé (Health Protection Agency) pour l'Angleterre et le pays de Galles. Cette agence réunit en une seule organisation tous les spécialistes responsables des questions de santé publique liées à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles aux échelons local, régional et national. Créée à l'origine à titre d'administration sanitaire spéciale, elle est par la suite devenue un organisme public non ministériel.

Au niveau européen, un plan visant la création d'un Centre européen pour le contrôle des maladies a été approuvé par la Commission européenne en juillet 2003 et attend maintenant d'être adopté par le Parlement européen. Le nouveau centre prendra le relais de l'actuel réseau de surveillance des maladies transmissibles et du système d'alerte et d'intervention rapides, mais laissera aux États membres la responsabilité d'intervenir. La nouvelle structure vise à coordonner plus efficacement les interventions des 15 différents systèmes de protection et de promotion de la santé et à permettre l'adoption d'une approche structurée et systématique à l'égard du contrôle des maladies transmissibles.

Le Comité tient à souligner que pas un seul témoin n'a contesté le potentiel d'une agence indépendante pour ce qui est d'améliorer la capacité du Canada de prévoir les urgences sanitaires et d'y faire face, et de contribuer positivement à la santé des Canadiens. Le Comité a recueilli des témoignages de particuliers et d'organismes représentant l'ensemble des intervenants en matière de protection et de promotion de la santé.

**En résumé, le Comité est fermement convaincu, au même titre que tous les témoins entendus, qu'une nouvelle agence indépendante permettrait d'intervenir plus rapidement, plus efficacement et avec plus de souplesse en cas d'urgences sanitaires. Elle créerait aussi un climat propice à une plus grande collaboration entre l'ensemble des instances gouvernementales; ce qui renforcerait d'autant la capacité de protéger et promouvoir la santé de tous les Canadiens.**

En résumé, le Comité est fermement convaincu, au même titre que tous les témoins entendus, qu'une nouvelle agence indépendante permettrait d'intervenir plus rapidement, plus efficacement et avec plus de souplesse en cas d'urgences sanitaires. Elle créerait aussi un climat propice à une plus grande collaboration entre l'ensemble des instances gouvernementales; ce qui renforcerait d'autant la capacité de protéger et promouvoir la santé de tous les Canadiens.

Bien qu'on s'entende en principe sur les avantages d'une nouvelle agence indépendante, différents modèles ont été proposés et nous allons maintenant tenter de déterminer quelle serait la meilleure option possible à cet égard.



## 2.2 Quel modèle choisir pour la nouvelle agence?

L'une des principales questions à se poser pour choisir un modèle pour la nouvelle agence a trait à la façon d'en arriver à un juste équilibre qui permette à l'agence de fonctionner indépendamment du gouvernement et de quand même pouvoir intégrer les activités de protection et de promotion de la santé aux services offerts ailleurs dans le système de soins de santé. De nombreux témoins ont insisté sur le fait que si l'épidémie de SRAS a fait ressortir la nécessité d'une agence indépendante, elle a aussi démontré à quel point il est important que les deux secteurs, à savoir celui de la protection de la santé et celui des soins

actifs, unissent leurs efforts pour faire face aux urgences sanitaires. La flambée de SRAS a aussi mis en évidence la nécessité d'une étroite collaboration avec le secteur des soins vétérinaires, étant donné que les porteurs d'agents infectieux peuvent être aussi bien des animaux que des humains.

**L'une des principales questions à se poser pour choisir un modèle pour la nouvelle agence a trait à la façon d'en arriver à un juste équilibre qui permette à l'agence de fonctionner indépendamment du gouvernement et de quand même pouvoir intégrer les activités de protection et de promotion de la santé aux services offerts ailleurs dans le système de soins de santé**

Par ailleurs, des témoins ont insisté sur l'importance de toujours envisager l'intégration par l'ensemble du système de soins de santé des préoccupations relatives à la protection de la santé à celles touchant la prestation des services. Par exemple, le Dr Richard Massé, directeur de l'Institut national de santé publique du Québec, a expliqué au Comité comment le Québec a tenté d'intégrer la protection et la promotion à l'intérieur du réseau de cliniques communautaires (CLSC) déjà existant dans la province. Le Dr Massé a également insisté sur la nécessité de renforcer les capacités de l'ensemble du système de soins de santé afin d'être pleinement prêts à faire face aux urgences sanitaires<sup>20</sup>.

L'un des autres aspects crucial à considérer au moment de réfléchir à la conception d'une nouvelle agence concerne la nécessité absolue d'une collaboration étroite entre cette nouvelle entité, les autres instances gouvernementales ainsi que les professionnels de la santé à l'intérieur et à l'extérieur de la fonction publique. Cette interaction fait aussi intervenir des personnes, des agences et des ministères dont la vocation principale concerne un domaine autre que la santé. À cet égard, il est clair que la santé des Canadiens ne peut être protégée par le seul système de soins de santé travaillant en vase clos. L'intervention ou la non-intervention de bon nombre d'autres secteurs influence grandement notre santé. Par exemple, nous ne sommes pas à l'abri des maladies transmissibles si l'eau que nous buvons n'est pas sûre, pas plus que nous le sommes des maladies respiratoires si l'air que nous respirons est pollué. De même, nous ne sommes pas prémunis contre les maladies dont les animaux sont porteurs et qui peuvent se transmettre aux humains.

Le Comité Naylor et l'Association médicale canadienne (AMC) ont examiné les différentes options possibles pour ce qui est de la structure de la nouvelle agence. Dans

<sup>20</sup> *Délibérations du Comité*, 25 septembre 2003.

son mémoire au Comité, l'AMC donne un résumé utile des trois principaux choix offerts à cet égard<sup>21</sup> :

1. *Entité ministérielle fédérale* : Selon ce scénario, la législation fédérale créerait la nouvelle agence comme une direction générale ou un organisme relevant d'un ministère et le ministre de la Santé serait chargé de sa gestion et de son orientation générales. Le chef de l'agence devrait rendre compte au ministre de la qualité de la gestion et des conseils fournis par celle-ci et de toutes mesures prises par ses représentants. La principale différence par rapport à ce qui existe déjà serait que l'agence serait une entité distincte relevant du ministre de la Santé, contrairement à la structure actuelle où la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique est une entité du ministère. Au Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) est un exemple de ce genre de structure, tandis que les U.S. Centres for Disease Control and Prevention en sont un autre exemple ailleurs dans le monde. Ce modèle permet aussi de regrouper les capacités de plusieurs ministères en une seule agence, comme cela s'est fait avec la création de l'ACIA.
2. *Organisme national autonome* : Cette option consiste à constituer l'agence en entité sans but lucratif, dont les gouvernements fédéral et provinciaux seraient les membres/actionnaires. Sa structure s'apparenterait à celle d'une entreprise dirigée par un conseil d'administration et le médecin-hygiéniste en chef de la protection et de la promotion de la santé au Canada en serait le chef de la direction. Au lieu de rendre compte directement au Parlement, l'agence serait toutefois comptable à la Conférence des ministres F/P/T de la Santé. L'adoption de cette structure marquerait un changement plus radical par rapport aux arrangements actuels et l'agence fonctionnerait davantage comme une coentreprise avec les provinces et les territoires. C'est de ce modèle dont on s'est inspiré pour créer la Société canadienne du sang, l'Institut canadien d'information sur la santé et Inforoute Santé Canada.
3. *Organisme fédéral indépendant* : Une troisième option consisterait à créer une entité plus indépendante relevant du gouvernement fédéral. Selon ce scénario, l'agence serait structurée comme une entreprise dont le conseil d'administration détiendrait les pouvoirs décisionnels. Le conseil devrait en retour rendre compte au Parlement et à la population de l'exercice des pouvoirs en question. Le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé du Canada en serait le chef de la direction et en surveillerait le fonctionnement quotidien. L'agence serait créée par une nouvelle mesure législative fédérale, mais elle demeurerait dans le portefeuille de la Santé et devrait rendre compte au Parlement par l'intermédiaire du ministre fédéral de la Santé. Au Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est un exemple d'organisme fonctionnant selon ce genre de structure<sup>22</sup>. À l'étranger, le R.-U. a adopté ce modèle pour son agence de protection de la santé (Health Protection Agency).

---

<sup>21</sup> Association médicale canadienne, *Mémoire de l'AMC sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique au Canada*, mémoire au Comité, 8 octobre 2003, p. 8.

<sup>22</sup> L'AMC et le rapport Naylor ont des points de vue légèrement divergents quant à la catégorie qui décrit le mieux les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'AMC estime qu'ils appartiennent à la troisième catégorie, tandis que Naylor les classe dans la première catégorie. Ce différend n'influe aucunement sur l'évaluation que fait le Comité de la



Pour décider lequel de ces différents modèles retenir, il est très important pour le Comité de considérer en dernière analyse la rapidité avec laquelle la nouvelle agence pourra être créée. Le Comité est convaincu que l'alignement des forces favorise la création rapide d'une nouvelle agence et qu'il est essentiel de profiter de ces conditions propices et d'agir *maintenant*.

**Pour décider lequel de ces différents modèles retenir, il est très important pour le Comité de considérer en dernière analyse la rapidité avec laquelle la nouvelle agence pourra être créée. Le Comité est convaincu que l'alignement des forces favorise la création rapide d'une nouvelle agence et qu'il est essentiel de profiter de ces conditions propices et d'agir *maintenant*.**

De ce point de vue, si la création d'une nouvelle agence dépend de la conclusion d'une entente entre de multiples instances gouvernementales, il y a tout lieu de croire qu'il sera impossible d'en accélérer la mise en place. Pour mesurer la difficulté posée par ce genre d'entreprise, il suffit de songer à la tortueuse période de gestation par laquelle passe actuellement la création d'un nouveau Conseil national de la santé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. De l'avis du Comité, cette considération écarte presque entièrement la deuxième des trois options décrites ci-dessus.

Le Comité reconnaît aussi qu'il n'y a guère de différence entre le premier et le troisième modèles proposés. La principale différence tient au fait que le troisième modèle suppose la mise en place d'une structure qui s'apparente davantage à celle d'une société indépendante faisant rapport au Parlement plutôt qu'à un ministre en particulier. Le Comité Naylor recommande d'opter pour la première option, tandis que l'AMC privilégie la troisième. Le Comité abonde dans le même sens que le rapport Naylor, à savoir qu'une agence indépendante distincte faisant rapport au ministre fédéral de la Santé constitue la meilleure option. C'est surtout la voie la plus rapide pour créer l'agence et c'est aussi le moyen le plus facile d'intégrer les activités actuellement menées par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada aux responsabilités de l'agence.

**Le Comité abonde dans le même sens que le rapport Naylor, à savoir qu'une agence indépendante distincte faisant rapport au ministre fédéral de la Santé constitue la meilleure option. C'est surtout la voie la plus rapide pour créer l'agence et c'est aussi le moyen le plus facile d'intégrer les activités actuellement menées par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada aux responsabilités de l'agence.**

Le Comité a recueilli des témoignages selon lesquels l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), qui est l'exemple type du modèle proposé, dispose d'un système bien rodé de coordination entre le

---

structure qui conviendrait le mieux pour la nouvelle agence de protection et de promotion de la santé. Il y a toutefois lieu de noter qu'il existe une différence fondamentale entre les IRSC et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), qui appartient manifestement à la troisième catégorie. Les IRSC sont « mandataire de Sa Majesté » au regard de la loi, tandis que le CCLAT « a la capacité d'une personne physique » et il est explicitement déclaré dans la loi constitutive que « le Centre n'est pas mandataire de Sa Majesté ».

gouvernement fédéral et les instances provinciales/territoriales. On a notamment porté à l'attention du Comité l'exemple du Groupe de mise en œuvre du système canadien d'inspection des aliments, qui regroupe à la fois des intervenants fédéraux et des représentants des secteurs de la santé et de l'agriculture de chaque province. De même, l'ACIA a établi des ententes et des protocoles F/P/T explicites, qui définissent clairement les responsabilités de chaque palier de gouvernement en matière de toxi-infections alimentaires.

Des témoins ont exprimé l'avis qu'au regard des normes mondiales, le Canada a un très bon système d'inspection des aliments, et l'axe de responsabilité et d'imputabilité est clairement défini pour ce qui est du contrôle des maladies animales au Canada<sup>23</sup>. De plus, l'ACIA travaille en étroite collaboration avec la profession vétérinaire et communique activement avec l'industrie. Par exemple, ses représentants prennent la parole lors de réunions professionnelles, publient des articles dans des revues spécialisées et sont en contact permanent avec les vétérinaires-conseils responsables de la santé des troupeaux, qui inspectent les animaux de ferme et entretiennent des rapports professionnels avec les agriculteurs.

Par conséquent, le Comité croit que ce modèle est suffisamment souple pour permettre l'établissement d'une relation de collaboration entre la nouvelle agence, les autres instances gouvernementales et les différents professionnels appelés à intervenir en matière de protection de la santé.

Le Comité propose que la nouvelle agence s'appelle l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS) et qu'elle soit dirigée par le médecin-hygiéniste en chef du Canada responsable de la protection et de la promotion de la santé. Nous allons examiner plus en détail comment la nouvelle agence peut s'acquitter de son mandat dans les prochaines chapitres, mais il importe d'abord de préciser un certain nombre de détails relatifs à son organisation.

**Le Comité propose que la nouvelle agence s'appelle l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS) et qu'elle soit dirigée par le médecin-hygiéniste en chef du Canada responsable de la protection et de la promotion de la santé.**

Le Comité recommande que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé soit nommé par le ministre de la Santé et soit lui-même un professionnel de la santé. Le ministre constituera aussi un Office de protection et de promotion de la santé chargé de recevoir les rapports transmis par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé à intervalle régulier. Cet Office sera composé de personnes jouissant d'une haute estime et possédant une expertise dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Il présentera un rapport annuel au Parlement par l'entremise du ministre. L'Office de protection et de promotion de la santé ne sera pas présidé par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé, mais par un membre du conseil indépendant du gouvernement.

---

<sup>23</sup> *Délibérations du Comité*, 18 septembre 2003.



Le fonctionnement quotidien de l'Agence relèvera de la responsabilité du médecin-hygiéniste en chef, qui s'adjoindra aussi un chef de l'exploitation. Ce dernier sera un gestionnaire hautement qualifié possédant de l'expérience dans le domaine de la santé.

De même, pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires, le Comité recommande la création d'un Conseil consultatif de l'APPS, composé des médecins-hygiénistes en chef (ou de leur équivalent)<sup>24</sup> de chaque province et territoire. Le Comité note qu'il existe déjà un Conseil des médecins-hygiénistes en chef dont la structure pourrait être adaptée pour que celui-ci puisse s'acquitter d'un rôle consultatif auprès de l'APPS. En plus d'assurer un lien solide avec les provinces et les territoires, ce Conseil consultatif fournirait au médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé des avis scientifiques à intervalle régulier.

**Pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires, le Comité recommande la création d'un Conseil consultatif de l'APPS, composé des médecins-hygiénistes en chef (ou de leur équivalent)<sup>1</sup> de chaque province et territoire.**

De même, étant donné l'urgence d'élaborer une stratégie globale de développement des ressources humaines, notamment en ce qui a trait au recrutement de la formation et au maintien en poste de professionnels qualifiés dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé, le Conseil consultatif pourrait collaborer étroitement avec le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé en vue de l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines. Comme bon nombre des questions relatives aux ressources humaines sont de compétence provinciale, l'existence du Conseil permettrait aux provinces et aux territoires d'avoir leur mot à dire et de réfléchir sérieusement à la meilleure façon de concrétiser la création d'une école virtuelle de protection et de promotion de la santé au Canada, par exemple, grâce aux réseaux des universités et collèges communautaires des différentes régions du pays.

### 2.3 Le mandat de l'APPS et l'échéancier de sa création

La dernière question à prendre en considération concerne la portée du mandat de la nouvelle Agence. Comme il est mentionné précédemment, le Comité a entendu des témoignages convaincants en ce qui a trait à la nécessité d'aborder les questions de protection et de promotion de la santé de façon globale et intégrée. En même temps, le Comité est convaincu qu'il est essentiel d'agir rapidement.

---

<sup>24</sup> Après mûre réflexion, le Comité a préféré recommander que ce Conseil consultatif soit composé des médecins-hygiénistes en chef des provinces, qui pourront faire appel à d'autres spécialistes de l'extérieur s'ils le jugent nécessaire. Le Comité croit en effet que toute tentative visant à créer un nouveau mécanisme F/P/T pour nommer les membres de ce Conseil consultatif, comme il aurait fallu le faire si nous avions décidé de faire appel à d'autres personnes que les médecins-hygiénistes déjà en poste, ouvrirait la voie à d'interminables querelles et ferait traîner les choses.

C'est pourquoi le Comité privilégie l'adoption d'une stratégie qui permettra d'amorcer sans délai la création de l'agence indépendante qui, de l'avis de tous, est nécessaire, même s'il faut pour cela que l'agence n'atteigne son plein potentiel de fonctionnement que plus tard. Le Comité est convaincu qu'il est possible de le faire sans compromettre l'élargissement éventuel du mandat de l'Agence pour qu'il englobe tous les éléments nécessaires à la protection et à la promotion de la santé des Canadiens. À cet égard, le Comité a appris que c'est ainsi que le B.C. Centre for Disease Control a en fait été constitué graduellement au fil des ans.

**Le Comité recommande qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué aussi rapidement que possible, au plus tard dans les trois prochains mois. De l'avis du Comité, l'APPS et le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devront au besoin être créés par un décret du conseil.**

Comme il est indiqué dans le chapitre un, le Comité recommande qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué aussi rapidement que possible, au plus tard dans les trois prochains mois. De l'avis du Comité, l'APPS et le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devront au besoin être créés par un décret du conseil. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé sera chargé de mettre en place l'APPS. Il sera autorisé à travailler de concert avec Santé Canada pour transférer les ressources et le personnel de l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, qui formeront le noyau initial de l'APPS. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé s'attellera à la tâche de trouver des candidats aptes à diriger l'APPS et fera une recommandation au ministre fédéral de la Santé à cet égard. Le directeur du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé ne pourra se porter candidat au poste de médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé, de façon à garantir l'impartialité du processus et à empêcher que des intérêts directs ne viennent influencer la conception de l'APPS.

Le Comité estime que toute tergiversation en ce qui a trait à l'établissement de ce Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé et à l'adoption de mesures pour l'habilitier à entreprendre la création de l'APPS serait inacceptable de la part du gouvernement. En fait, *le Comité est fermement convaincu que la création de l'Agence doit se faire au besoin par décret du conseil, avant la fin de l'exercice en cours, c'est-à-dire avant le 31 mars 2004.*

**Le Comité est fermement convaincu que la création de l'Agence doit se faire au besoin par décret du conseil, avant le 31 mars 2004.**

Le mandat de l'APPS consistera notamment à :

- a. travailler de concert avec les autorités provinciales et territoriales pour élaborer une vision à long terme cohérente en matière de protection et de promotion de la santé au Canada et élaborer un plan pour en concrétiser la réalisation;
- b. collaborer avec les organismes provinciaux déjà en place (comme le B.C. Centre for Disease Control et l'Institut national de santé publique du Québec) et faire en sorte



de stimuler la mise en œuvre d'initiatives globales semblables dans les régions du pays où il n'y en pas;

- c. veiller à ce que le Canada respecte toutes ses obligations internationales en matière de protection de la santé;
- d. améliorer la surveillance et le contrôle des maladies au Canada;
- e. orienter les efforts fédéraux de façon à ce que le pays soit prêt à faire face aux urgences sanitaires et collaborer étroitement avec les autorités provinciales et territoriales de façon que toutes les régions du pays disposent d'une capacité d'intervention suffisante;
- f. orienter l'activité fédérale visant à améliorer tous les aspects de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé d'un bout à l'autre du pays;
- g. promouvoir activement la santé des Canadiens et surtout concevoir et mettre en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques de même qu'un Programme national d'immunisation.

Le Comité croit que, dès le départ, l'APPS devrait pouvoir intervenir dans au moins quatre secteurs de responsabilité : surveillance et contrôle des maladies; préparation aux situations d'urgence; immunisation et prévention des maladies chroniques. Les fonds devront servir non seulement à financer le fonctionnement de base de l'Agence elle-même, mais celle-ci devra aussi être habilitée à acheminer les fonds ciblés vers les autres instances gouvernementales, institutions, organismes et particuliers (pour permettre, par exemple, l'affectation d'épidémiologistes partout où c'est nécessaire au Canada ou le financement de projets de recherche ciblés).

Le Comité recommande donc :

**Qu'une nouvelle agence, appelée l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS), soit créée et que la direction en soit confiée au médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé au Canada. L'APPS sera un organisme de services créé par voie législative et fera rapport au ministre fédéral de la Santé.**

**Que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé au Canada soit nommé par le ministre fédéral de la Santé et soit un professionnel de la santé.**

**Que le ministre constitue aussi un Office de protection et de promotion de la santé chargé de recevoir les rapports transmis par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé à intervalle régulier. Cet Office devra être présidé par quelqu'un d'autre que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé.**

**Pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires et faire en sorte que l'APPS ait accès aux meilleurs avis scientifiques possibles, qu'un Conseil consultatif regroupant les médecins-hygiénistes en chef des provinces et territoires soit créé. Le Conseil consultatif devra aussi participer à l'élaboration par l'APPS d'une stratégie globale de développement des ressources humaines.**

Le mandat de l'APPS consistera notamment à :

- a. travailler de concert avec les autorités provinciales et territoriales pour élaborer une vision à long terme cohérente en matière de protection et de promotion de la santé au Canada et élaborer un plan pour en concrétiser la réalisation;
- b. collaborer avec les organismes provinciaux déjà en place (comme le B.C. Centre for Disease Control et l'Institut national de santé publique du Québec) et faire en sorte de stimuler la mise en œuvre d'initiatives globales semblables dans les régions du pays où il n'y en a pas;
- c. veiller à ce que le Canada respecte toutes ses obligations internationales en matière de protection de la santé;
- d. améliorer la surveillance et le contrôle des maladies au Canada;
- e. orienter les efforts fédéraux de façon à ce que le pays soit prêt à faire face aux urgences sanitaires et collaborer étroitement avec les autorités provinciales et territoriales de façon que toutes les régions du pays disposent d'une capacité d'intervention suffisante;
- f. orienter l'activité fédérale visant à améliorer tous les aspects de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé d'un bout à l'autre du pays;
- g. promouvoir activement la santé des Canadiens et surtout concevoir et mettre en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques de même qu'un Programme national d'immunisation.

Qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué dès que possible, par un décret du Conseil, au besoin. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devra mettre en place l'APPS d'ici la fin de l'exercice en cours (31 mars 2004). Il sera autorisé à travailler de concert avec Santé Canada pour transférer les ressources et le personnel de l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, qui formeront le noyau initial de l'APPS. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé s'attellera à la tâche de trouver des candidats aptes à diriger l'APPS et fera une recommandation au ministre fédéral de la Santé à cet égard.



## CHAPITRE TROIS :

### RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE SURVEILLANCE DES MALADIES ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

---

*Le système de santé publique ne peut plus effectuer des analyses en temps opportun, informer avec précision et appuyer les responsables des politiques, les interlocuteurs du secteur de la santé et la population, ni mettre en œuvre des services appropriés et des stratégies de surveillance communautaire<sup>25</sup>.*

De nombreux facteurs contribuent à la capacité du Canada de réagir à une urgence sanitaire, en particulier lorsqu'il s'agit d'une flambée épidémique. L'information au sujet de l'épidémie doit être recueillie rapidement, puis analysée avec exactitude et rapidité, et les résultats doivent être communiqués clairement à ceux qui doivent y réagir de même qu'à ceux qui en sont victimes. Une partie de ce travail donne lieu à une activité permanente et exige un déploiement constant de personnes et de ressources. Toutefois, lorsqu'une épidémie se déclare, il peut arriver qu'il faille aussi mobiliser des ressources et du personnel supplémentaires pour parer à une situation d'urgence. En d'autres termes, il faut qu'il y ait une planification des ressources humaines pour créer une capacité de réserve ou d'appoint.

**Toutefois, lorsqu'une épidémie se déclare, il peut arriver qu'il faille aussi mobiliser des ressources et du personnel supplémentaires pour parer à une situation d'urgence. En d'autres termes, il faut qu'il y ait une planification des ressources humaines pour créer une capacité de réserve ou d'appoint.**

Une partie de ces capacités supplémentaires suppose le recours à des ressources qui peuvent être gardées en réserve et mises à contribution au besoin. C'est le cas, par exemple, de la Réserve nationale de secours actuellement gérée par le Centre de secours et de services d'urgence, que le gouvernement fédéral a créé en juillet 2000. Cette réserve comporte 165 hôpitaux itinérants, chacun muni de 200 lits qui peuvent être transportés là où ils sont nécessaires sur un cours préavis. Mais, à bien des égards, comme plusieurs témoins l'ont souligné au Comité, une capacité d'appoint est nécessaire dans d'autres secteurs, par exemple, en épidémiologie. De plus, la capacité d'appoint en situation de crise n'est efficace que dans la mesure où l'infrastructure courante l'est.

Si, quelque part au pays, il n'y a pas suffisamment de personnel qualifié pour prendre en charge quotidiennement les activités de protection de la santé, alors il n'y aura personne à qui faire appel en cas d'urgence. Si la capacité des laboratoires est insuffisante pour s'occuper des cas de routine, il sera alors impossible d'absorber une augmentation importante du volume de tests à effectuer advenant une situation d'urgence. S'il n'y a aucune communication régulière entre les intervenants des différentes régions du pays, il est peu probable alors que ceux-ci soient en mesure de gérer les échanges intenses si fréquents en

---

<sup>25</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada, *La santé publique au Canada — Consolider la base*, mémoire au Comité, 8 octobre 2003, p. 3.

situation d'urgence. Si les systèmes d'information sont désuets, alors ils ne pourront sans doute pas soutenir la rapidité avec laquelle les flambées épidémiques se déclarent dans un monde où il y a de moins en moins de frontières. S'il n'y a pas de procédures et de protocoles en place pour traiter les situations « normales », ceux-ci n'apparaîtront pas miraculeusement si le pays fait face à une urgence.

Non seulement ces capacités diversifiées doivent être en place pour que le Canada soit en mesure de faire face aux urgences sanitaires, mais elles doivent être coordonnées de façon que l'intervention soit cohérente et efficace. C'est ce qui rend aussi complexe le renforcement des capacités du Canada de faire face aux urgences.

Les urgences sanitaires commencent toujours localement, mais elles peuvent rapidement prendre de l'ampleur et s'étendre à de multiples territoires de compétences. La coordination doit donc faire intervenir toutes les instances gouvernementales. Pourtant, l'histoire récente témoigne avec éloquence de la difficulté de stimuler la coopération fédérale/provinciale/territoriale dans le domaine des soins de santé.

**Non seulement ces capacités diversifiées doivent être en place pour que le Canada soit en mesure de faire face aux urgences sanitaires, mais elles doivent être coordonnées de façon que l'intervention soit cohérente et efficace.**

Encore là, c'est seulement lorsque tous les éléments seront en place qu'il sera possible de dire avec confiance que le Canada est prêt comme il le devrait à faire face à n'importe quelle urgence sanitaire susceptible de survenir. L'obligation de faire en sorte que toutes les régions du pays disposent des capacités nécessaires pour faire leur part dans ce travail d'équipe est l'une des raisons pour lesquelles la création de l'Agence de protection et de promotion de la santé recommandée dans le chapitre précédent est absolument nécessaire.

**L'obligation de faire en sorte que toutes les régions du pays disposent des capacités nécessaires pour faire leur part dans ce travail d'équipe est l'une des raisons pour lesquelles la création de l'Agence de protection et de promotion de la santé recommandée dans le chapitre précédent est absolument nécessaire.**

De plus, la récente épidémie de SRAS a fait ressortir à quel point la faiblesse de l'infrastructure de surveillance des maladies au Canada, le manque de coordination des activités de surveillance et l'absence de capacité d'appoint suffisante, sont des questions urgentes. En dernière analyse, tout le système de surveillance et de contrôle des maladies n'est efficace que dans la mesure où son lien le plus faible l'est.

Le Comité abonde dans le même sens que le rapport Naylor en ce sens qu'il trouve qu'il serait *imprudent* de retarder la mise en œuvre des mesures pour remédier à ces lacunes jusqu'à ce que la nouvelle Agence soit entièrement en place. Il faut donc emprunter des voies parallèles. En même temps que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé est mise en place, des mesures doivent aussi être prises pour renforcer la capacité de surveillance des maladies et d'intervention en cas d'urgence. Lorsque la nouvelle Agence aura vu le jour, il lui sera possible alors de contribuer à maximiser ces efforts.



Dans le présent chapitre, nous nous penchons sur les mesures que doit prendre sans délai le gouvernement fédéral pour s'acquitter de ses responsabilités à cet égard, et sur la façon dont ces mesures peuvent le mieux contribuer à l'amélioration des capacités de surveillance des maladies et d'intervention en cas d'urgence d'un bout à l'autre du pays.

### 3.1 Surveillance et contrôle des maladies

Faisant écho aux définitions largement acceptées, le rapport Naylor définit la surveillance de la santé comme étant « le suivi et la prévision de n'importe quel phénomène ou déterminant de la santé au moyen d'une collecte permanente de données de grande qualité, l'intégration, l'analyse et l'interprétation de ces données en produits de surveillance (p. ex. des rapports, des avis, des alertes et des avertissements) et la distribution de ces produits à ceux qui en ont besoin »<sup>26</sup>.

Dans un examen des activités de surveillance de Santé Canada mené en 2002 pour faire le suivi d'un rapport de 1999, le vérificateur général du Canada a conclu que :

[...] la surveillance nationale est toujours faible; de nombreux systèmes ne comprennent pas d'information à jour, précise et complète sur les maladies; les lacunes en matière de surveillance persistent. Ces faiblesses, prises ensemble, mettent en péril la capacité de Santé Canada de prévoir, de prévenir, de déceler, de surveiller les maladies et les blessures et de mener des programmes de lutte et d'intervention à leur égard. Qui plus est, elles nuisent à sa capacité de concevoir, d'assurer et d'évaluer les activités dans le domaine de la santé publique<sup>27</sup>.

Même si la vérificatrice générale note que Santé Canada a accompli certains progrès en ce qui a trait à la correction des lacunes relevées dans le rapport de 1999, il ressort clairement de l'examen de 2002 qu'« il faudra attendre encore de nombreuses années avant qu'on parvienne à établir une approche en matière de surveillance de la santé »<sup>28</sup>.

La vérificatrice générale et le rapport Naylor insistent tous deux sur l'importance du rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait à l'exercice d'un leadership national pour assurer une coordination suffisante d'un territoire de compétences à l'autre et faire en sorte que toutes les régions du pays disposent des capacités voulues pour assurer la surveillance des maladies. Comme c'est souvent le cas dans les dossiers relatifs à la santé, le rôle du gouvernement fédéral est double. En premier lieu, il doit assumer ses responsabilités en ce qui a trait à l'établissement de l'infrastructure nationale nécessaire. En deuxième lieu, il doit aider l'ensemble des provinces et des territoires à renforcer leurs propres capacités. De l'avis du Comité, ces deux aspects doivent en bout de ligne se refléter dans la structure et les activités de la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé (APPS).

---

<sup>26</sup>Rapport Naylor, p. 94.

<sup>27</sup> Vérificateur général du Canada. *Santé Canada – La surveillance de la santé nationale*, chapitre 2. Rapport de septembre 2002, p. 1.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 6.

Le facteur temps est également important lorsqu'il est question de remédier aux lacunes relevées au niveau de la surveillance de la santé et des maladies. L'une des principales leçons tirées des récentes flambées de SRAS est que le Canada ne peut se permettre d'attendre les « nombreuses années » auxquelles la vérificatrice générale fait allusion dans son rapport, pour se doter d'un système de surveillance de la santé pleinement intégré. À court terme, des mesures doivent être prises pour améliorer les capacités et parallèlement, des efforts doivent être déployés pour mettre en place tous les éléments d'un système global qui sera parachevé à plus longue échéance.

Le Comité croit que les recommandations contenues dans le rapport Naylor tiennent compte de façon créative de cette interaction complexe entre les dimensions régionale et nationale de la surveillance et du contrôle des maladies à court et à long termes. Le rapport Naylor propose une approche à quatre volets à laquelle le Comité souscrit sans réserve. De façon précise, le Comité recommande donc :

**Que le gouvernement fédéral établisse, sous l'égide d'une nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé, un Fonds de contrôle des maladies transmissibles, qui servira à aider les provinces et les territoires à renforcer leurs capacités de surveillance et de contrôle des maladies. Il faudra commencer immédiatement à puiser dans ce fonds pour financer les préparatifs en vue de la prochaine saison de la grippe.**

**Que le travail de renforcement de l'infrastructure F/P/T actuelle pour assurer la mise en place d'un réseau global permettant de faire le lien entre les activités de surveillance et de contrôle des maladies d'un territoire de compétences à l'autre, soit amorcé sans délai.**

**Que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé accorde la priorité à la surveillance des maladies infectieuses et travaille en étroite collaboration avec le nouveau réseau F/P/T pour renforcer les capacités à cet égard. Elle devra aussi s'attaquer à la création à plus long terme d'un système national global de surveillance des maladies.**

**Que des efforts soient consacrés de toute urgence à la conclusion d'un protocole d'entente entre les différents paliers de gouvernement sur les procédures administratives et les protocoles à suivre pour assurer dès maintenant une plus grande collaboration en matière de surveillance et de contrôle des maladies.**

Comme première étape, le Comité croit qu'il est essentiel que les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux s'entendent sur une liste de maladies transmissibles à déclaration obligatoire. De cette façon, les provinces seront dans l'obligation de déclarer les flambées épidémiques aux autres provinces et au gouvernement fédéral. Le versement de fonds fédéraux pour alimenter le Fonds de contrôle des maladies transmissibles pourrait être conditionnel à la conclusion d'une entente sur cette liste de maladies infectieuses.



De plus, le Comité croit que, dans le cadre de ses efforts pour arriver à renforcer les capacités de surveillance du Canada, le gouvernement fédéral devrait déployer dans chaque région du pays des épidémiologistes d'intervention fédéraux. Ce déploiement serait utile à trois fins. D'abord, il assurerait un lien de communication direct entre les différentes régions du pays et l'Agence de protection et de promotion de la santé.

**Le Comité croit que, dans le cadre de ses efforts pour arriver à renforcer les capacités de surveillance du Canada, le gouvernement fédéral devrait déployer dans chaque région du pays des épidémiologistes d'intervention fédéraux.**

L'information circulerait dans les deux sens – de la province ou de la région à l'Agence et vice versa. L'Agence serait ainsi mieux en mesure de s'acquitter de ses responsabilités en ce qui a trait aux déclarations à faire aux organismes internationaux. Ensuite, ces épidémiologistes pourraient être intégrés aux activités régionales ou provinciales courantes, d'où une amélioration de la capacité locale de surveiller et de contrôler les flambées épidémiques. Enfin, comme il est mentionné ci-dessous, à titre d'employés fédéraux, ces épidémiologistes pourraient être rapidement déployés là où leurs services seraient requis dans l'éventualité d'une urgence sanitaire. Ils contribueraient ainsi à la création de la capacité d'appoint nécessaire pour faire face à ce genre de situation.

Des témoins ont laissé entendre qu'il pourrait y avoir des obstacles organisationnels à surmonter pour mettre en œuvre ces mesures, en particulier dans certaines provinces. Nul doute que les modalités d'application devront être souples pour qu'il puisse être tenu compte des différences d'une province à l'autre. D'autres témoins ont par contre fait valoir qu'il existe des précédents de ce genre d'initiative fédérale et qu'il y a actuellement un certain nombre de provinces qui font appel à des épidémiologistes de la fonction publique fédérale pour renforcer leur capacité de surveillance. Ainsi, le chef du B.C. Centre for Disease Control, M. Ron Zapp, a dit au Comité qu'il arrive régulièrement au Centre de faire appel à des épidémiologistes fédéraux pour lui prêter main-forte.

Le Comité recommande donc :

**Que le gouvernement fédéral prenne la responsabilité de déployer des épidémiologistes d'intervention fédéraux dans chaque région du pays, en nombre suffisant pour qu'ils puissent être efficacement envoyés là où leurs services sont requis pour aider à faire face à une urgence sanitaire.**

Il y a lieu de souligner, en ce qui a trait à cette recommandation, que le Canada doit être doté d'un système de surveillance national s'il veut respecter ses obligations internationales. Sinon, ou s'il doit s'en remettre à d'autres gouvernements pour fournir l'information requise, le Canada court le risque de ne pas être en mesure de s'acquitter de ses engagements internationaux.

**Le Canada doit être doté d'un système de surveillance national s'il veut respecter ses obligations internationales.**

### 3.2 Mettre en place un système efficace d'intervention en cas d'urgence sanitaire

Même lorsque le Canada sera doté d'un réseau de surveillance des maladies pleinement fonctionnel, il devra encore avoir des capacités supplémentaires en réserve pour faire face aux situations d'urgence. De plus, il est extrêmement important que les protocoles nécessaires soient en place pour assurer une coordination entre les différents territoires de compétences en cas d'urgence, et que l'instance gouvernementale compétente assume un rôle de chef de file au besoin.

Dans ses mémoires au Comité sénatorial et au Comité Naylor, l'Association médicale canadienne (AMC) propose un système officiel d'alerte médicale qui établirait clairement les responsabilités respectives de chaque instance gouvernementale en ce qui a trait aux mesures à prendre. Le Comité souscrit à cette approche générale et croit qu'un système semblable à celui proposé par l'AMC devrait être adopté. Ce système s'appuierait sur les procédures administratives et les protocoles qui, suivant la recommandation formulée par le Comité dans la section précédente, doivent faire l'objet d'une négociation immédiate entre les différents ordres de gouvernement.

**L'Association médicale canadienne (AMC) propose un système officiel d'alerte médicale qui établirait clairement les responsabilités respectives de chaque instance gouvernementale en ce qui a trait aux mesures à prendre. Le Comité souscrit à cette approche générale et croit qu'un système semblable à celui proposé par l'AMC devrait être adopté.**

Le *diagramme 1* à la fin du présent chapitre illustre comment ce système pourrait fonctionner. Ce diagramme est en fait une version légèrement modifiée de la proposition de l'AMC. Par souci de clarté, nous avons combiné les principaux éléments de la proposition de l'AMC et le graphique dans lequel la vérificatrice générale illustre le cheminement que devrait suivre idéalement l'information sur les maladies transmissibles destinée au gouvernement fédéral. Ce système faciliterait la circulation constante de l'information entre les différents ordres de gouvernement, et ce, en tout temps. En cas d'urgence, selon la gravité du risque pour la santé des Canadiens, différentes instances gouvernementales assumeraient les principales responsabilités relatives à une urgence sanitaire et disposeraient des pouvoirs légaux nécessaires pour prendre les mesures qui s'imposent.

**Le Comité croit que l'une des premières tâches confiées à l'Agence de protection et de promotion de la santé devrait consister à élaborer un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre de ce système d'alerte médicale.**

Le Comité croit que l'une des premières tâches confiées à l'Agence de protection et de promotion de la santé devrait consister à élaborer un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre de ce système d'alerte médicale. Le Comité recommande donc :

**Que l'APPS élabore en priorité un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre d'un système d'alerte**



**médicale. Comme première étape, il faudrait s'entendre sans délai sur la déclaration des épidémies de maladies infectieuses.**

Un autre élément essentiel pour se préparer à faire face à une urgence réside dans l'accès à un bassin suffisant de professionnels compétents. Il va de soi qu'étant donné le caractère sporadique des urgences sanitaires, ces professionnels seront normalement employés ailleurs, mais pourront se libérer pour recevoir une formation complémentaire visant à les préparer à leurs fonctions d'intervention d'urgence. Il y a deux aspects en particulier que le Comité souhaite mettre en évidence à cet égard.

Premièrement, le Comité estime que le gouvernement fédéral devrait contribuer directement à la création de cette capacité d'appoint. Il recommande, comme il l'a expliqué plus haut, que le gouvernement fédéral déploie, en nombre suffisant, ses propres épidémiologistes d'intervention dans toutes les régions du pays.

Deuxièmement, le Comité approuve l'approche proposée dans le rapport Naylor qui prend appui sur l'idée d'un réseau d'équipes d'intervention en cas d'urgences sanitaires (EISU). Ces équipes seraient composées de professionnels de la santé spécialement formés et accrédités pour être déployés rapidement vers des lieux de catastrophe au pays. Ces équipes pourraient remplir le rôle d'équipe nationale d'intervention, tel qu'il est envisagé par l'Association médicale canadienne (AMC) dans son modèle d'alerte médicale, mais elles pourraient aussi être établies par d'autres paliers de gouvernement.

L'AMC a suggéré une autre forme d'EISU dans le mémoire présenté au Comité<sup>29</sup>, soit une équipe pouvant relever le personnel de soins actifs en période d'urgence sanitaire. En effet, le besoin d'un tel personnel de remplacement s'est fait clairement sentir lors de la crise du SRAS à Toronto.

Comme le souligne le rapport Naylor, il faudra que des ententes interviennent entre les instances visées en vue de la formation et de l'accréditation du personnel compétent nécessaire pour former les EISU. Selon le Comité, il faut commencer dès maintenant à préparer ces ententes, sous l'égide du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé, sans attendre que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé soit entièrement à pied d'œuvre.

### **3.3 Développement des ressources humaines**

La formation nécessaire de personnel d'urgence souligne de nouveau l'importance de se doter d'une stratégie à long terme pour le développement de ressources humaines de la santé. La situation marque bien l'importance de donner suite à la suggestion de mettre sur pied une stratégie nationale visant les ressources humaines de la santé, suggestion que le Comité a formulée dans son rapport d'octobre 2002 intitulé *Recommandations en vue d'une réforme*, lequel porte sur l'ensemble du système de soins de santé<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Association médicale canadienne, mémoire présenté au Comité, p. 11.

<sup>30</sup> Voir le volume six, *Recommandations en vue d'une réforme*, chapitre onze, octobre 2002.

Les auteurs du rapport Naylor déplorent le manque de données quantitatives solides sur la disponibilité de ressources humaines engagées dans les activités de protection et de promotion de la santé. Néanmoins, ils affirment catégoriquement que « toute tentative d'améliorer la santé publique échouera si elle ne reconnaît pas l'importance fondamentale de maintenir dans tous les services de santé locaux au Canada un personnel adéquat composé de professionnels de la santé hautement compétents et motivés »<sup>31</sup>. Affirmation confirmée par les témoins qui ont comparu devant le Comité et déclaré que la crise du SRAS avait révélé la carence de ressources humaines de la santé en général et dans le domaine de la protection de la santé en particulier. De plus, les membres du Comité ont été frappés par le fait que la grave pénurie de personnel infirmier a de sérieuses répercussions sur la capacité du Canada de protéger et de promouvoir la santé de sa population.

Selon plusieurs témoins, l'absence d'un cheminement de carrière clairement défini a un effet néfaste sur le recrutement dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Le Comité a appris que, dans de nombreuses provinces, la médecine communautaire n'est pas une spécialité particulièrement bien rémunérée comparativement à d'autres spécialités médicales axées sur la haute technologie et que le schéma de carrière dans les services infirmiers de santé publique est plutôt flou. Le Comité a également été informé qu'il est peu probable que de brillants jeunes épidémiologistes soient attirés par une situation où les seuls emplois qui s'offrent à eux influent peu ou pas du tout sur le véritable fonctionnement du système de protection de la santé.

Le Comité a entendu dire à maintes reprises que la création d'une nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé est particulièrement intéressante du fait qu'elle permettra de définir clairement des cheminements de carrière plus enrichissants pour les scientifiques ainsi que pour d'autres professionnels. Elle permettra aussi aux gens de mener des recherches tout en exerçant leur profession sur le terrain. Ainsi, l'Agence pourra faciliter la progression professionnelle des infirmiers et infirmières hygiénistes: après une maîtrise en santé publique et des activités de lutte contre les flambées épidémiques et de protection de la santé en première ligne, elles pourront aller faire un doctorat en politiques en matière de santé publique. Ensuite, ils pourraient travailler pour la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé et peut-être même acquérir une certaine expérience à l'étranger en tant qu'agent de liaison avec un organisme international ou aider à créer la capacité voulue dans des pays en développement.

**Le Comité est tout à fait d'accord avec le Comité Naylor pour dire qu'une vaste stratégie nationale de longue haleine est nécessaire afin d'assurer un nombre suffisant de professionnels compétents dans tous les domaines de la protection et de la promotion de la santé... Le Comité juge également que le gouvernement fédéral doit dès maintenant prendre des mesures pour accroître le nombre de professionnels compétents dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.**

Le Comité est tout à fait d'accord avec le Comité Naylor pour dire qu'une vaste stratégie nationale de longue haleine est nécessaire afin d'assurer un nombre suffisant de professionnels compétents dans tous les

---

<sup>31</sup> Rapport Naylor, p. 140.



domaines de la protection et de la promotion de la santé. Il estime, comme il l'a fait remarquer dans le chapitre deux, qu'un des rôles que pourra jouer le Comité consultatif scientifique auprès de la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé sera d'aider à élaborer cette stratégie.

Le Comité juge également que le gouvernement fédéral doit dès maintenant prendre des mesures pour accroître le nombre de professionnels compétents dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Parmi ces mesures pourraient figurer l'aide au financement de stages, comme le suggère le Comité consultatif Naylor, ainsi que l'aide à l'élaboration de programmes de formation en cours d'emploi qui permettraient la formation polyvalente d'autres professionnels de la santé afin qu'ils puissent acquérir les compétences nécessaires pour appuyer la capacité d'appoint dans toutes les instances.

Certains témoins ont préconisé la création d'une école de santé publique au Canada. Celle-ci pourra notamment prendre la forme d'une école « virtuelle » qui puisera à même les ressources de divers établissements offrant déjà l'enseignement et la formation nécessaires. Une école « virtuelle » aura aussi pour avantage de servir de lien entre les programmes universitaires et collégiaux, de sorte que les étudiants recevront une formation tant théorique que pratique. La création d'une telle école virtuelle à partir des effectifs des établissements existants pourra éventuellement permettre l'émergence d'une école de santé publique de calibre mondial au Canada. Le Comité estime que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle de premier plan pour ce qui est d'encourager un tel projet.

Par conséquent, le Comité recommande :

**Que Développement des ressources humaines Canada, dans le cadre de son étude du secteur des ressources humaines menée auprès des médecins et des infirmiers au Canada, se penche tout particulièrement sur les besoins actuels et futurs en matière de professionnels de la santé dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.**

**Que le gouvernement fédéral agisse dès maintenant pour encourager l'élaboration de programmes de formation en cours d'emploi afin d'aider les professionnels de la santé à acquérir les compétences nécessaires en protection de la santé.**

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et de concert avec les universités et les collèges communautaires, amorce des discussions sur la création d'une École virtuelle de santé publique.**

### **3.4 Laboratoires**

Les laboratoires de santé publique constituent un maillon essentiel de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. Ils sont indispensables pour le diagnostic des maladies infectieuses et la surveillance épidémiologique, ainsi que pour la préparation, l'étude et l'intervention en cas de flambées épidémiques. Ils jouent également un grand rôle en recherche fondamentale et appliquée.

Au Canada, le système de laboratoires de santé publique est constitué de quatre types d'établissements : les laboratoires de première ligne (privés, locaux et hospitaliers); les laboratoires de santé publique provinciaux; les laboratoires nationaux; les réseaux de laboratoires internationaux. Les différents types de laboratoires fonctionnent selon une hiérarchie, sans toutefois qu'existent des structures ou des liens officiels. En cas d'épidémie ou d'urgence, d'autres laboratoires, principalement universitaires, dont l'activité première est la recherche, peuvent leur prêter main forte.

Le rapport Naylor souligne qu'aux premières étapes de la crise du SRAS, deux grands obstacles ont empêché une intervention efficace des laboratoires : une gestion inadéquate des données et un manque d'intégration des données épidémiologiques et des données de laboratoires. La gestion inadéquate des données est surtout le résultat de l'absence d'un système commun de gestion de l'information dans les laboratoires de santé publique, pour les interventions en cas de flambée. Par ailleurs, une meilleure intégration des données épidémiologiques et des données de laboratoires permettra de mettre en commun l'information et d'éviter les doublons.

Le rapport Naylor contient les recommandations suivantes : amorcer d'urgence un examen pour s'assurer que les laboratoires de santé publique disposent de la capacité et des protocoles appropriés pour intervenir de façon efficace et coopérative lors de la prochaine épidémie importante de maladie infectieuse; élaborer dès maintenant un système d'information des laboratoires afin d'améliorer et d'accélérer la mise en commun de données; élargir le Réseau canadien de laboratoires de santé publique afin d'inclure les laboratoires hospitaliers et communautaires; faire participer les laboratoires nationaux aux réseaux de laboratoires.

Le Comité souscrit à ces recommandations. En outre, étant donné l'importance du rôle que jouent les laboratoires de santé publique dans les interventions en cas de flambées de maladies, nous estimons que des mesures doivent être prises dès maintenant. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, amorce d'urgence un examen pour s'assurer que les laboratoires de santé publique disposent de la capacité et des protocoles appropriés pour intervenir de façon efficace et coopérative lors de la prochaine épidémie importante de maladie infectieuse.**

### **3.5 Systèmes de technologie de l'information et de communication**

Il est clair qu'une importante mise à niveau de la technologie de l'information s'impose de toute urgence à tous les paliers de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. L'absence d'une base de données moderne accessible aux autorités sanitaires locales, provinciales et fédérales a grandement nuí à la transmission d'information au public et aux organismes internationaux. Le manque de bases de données partagées et d'une capacité appropriée d'analyser provisoirement les données a aussi freiné l'étude et la gestion de l'épidémie et a limité la recherche épidémiologique et clinique sur le SRAS. Il semble en



effet qu'il n'existait, avant la crise, aucune entente visant le partage d'information entre les différents niveaux de gouvernement, ni la technologie de l'information nécessaire.

Le rapport Naylor souligne par ailleurs que de nombreuses difficultés de communication ont ponctué l'épidémie de SRAS : difficulté à rejoindre le public, difficulté à transmettre les renseignements scientifiques et difficulté à communiquer avec les organismes internationaux.

L'accès à un système de communication sûr est toutefois un élément clé de l'intervention en cas d'urgence. Dans son mémoire écrit au Comité, le Dr James M. Hughes, directeur du National Centre for Infectious Disease (US CDC), a indiqué que la communication rapide d'information avait grandement facilité l'intervention des autorités sanitaires américaines lors de la crise du SRAS. La diffusion rapide de cette information a été facilitée par le site Internet du CDC, par des conférences de presse régulières et des vidéoconférences à l'échelle mondiale ainsi que par des communications régulières et des téléconférences avec les épidémiologistes et le personnel des laboratoires des États ainsi qu'avec les cliniciens, les virologistes, le milieu universitaire et les organisations et groupes de professionnels<sup>32</sup>.

Le rapport Naylor recommande que tous les niveaux de gouvernement élaborent des systèmes permettant aux professionnels de la santé et au public de recevoir en temps opportun des informations et des directives exactes et cohérentes au cours d'une épidémie de maladie infectieuse. Il recommande aussi que la nouvelle Agence nationale soit chargée de communiquer directement avec l'Organisation mondiale de la santé, les CDC américains et les autres instances et organismes internationaux.

De plus, les auteurs du rapport Naylor recommandent que le gouvernement fédéral cherche à établir un groupe de travail sous les auspices d'Inforoute Santé du Canada Inc., chargé de se pencher tout particulièrement sur les besoins d'une infrastructure de santé et d'investissements possibles afin d'accroître la surveillance de la maladie et de relier les systèmes d'information cliniques et de santé publique.

Le Comité approuve ces recommandations. Nous croyons qu'il est essentiel que le Canada tire pleinement parti des plus récentes innovations dans le domaine des technologies d'information et de communication. C'est pourquoi nous recommandons :

**Que le gouvernement fédéral amorce immédiatement des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information nécessaire pour améliorer les systèmes tant de surveillance que de communication en matière de protection de la santé.**

---

<sup>32</sup> Dr James M. Hughes, directeur, National Centre for Infectious Diseases, US CDC, *Réponse du CDC aux menaces de maladies infectieuses dont un plan d'application en cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)*, mémoire au Comité, 22 octobre 2003, p. 8.

### 3.6 Recherche

Tout au long de son étude sur la santé et les soins de santé, le Comité a été un fervent partisan du spectre complet des activités de recherche en santé — biomédicales, cliniques, services de santé et santé de la population — et a recommandé l'augmentation des fonds fédéraux consentis à la recherche tant interne qu'extra-muros. Nous insistons de nouveau dans le présent rapport sur la nécessité d'accroître le leadership et le soutien fédéral en matière de recherche, particulièrement dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Notre position à cet égard concorde avec les observations et les conclusions du Comité consultatif Naylor.

Les auteurs du rapport Naylor soulignent que pour être efficaces, la protection et la promotion de la santé doivent reposer sur de solides assises scientifiques ainsi qu'une réelle capacité de recherche sur les maladies infectieuses : « [...] la capacité critique d'étude épidémiologique et d'intervention contre les épidémies se crée en partie en favorisant la science fondamentale connexe »<sup>33</sup>.

L'établissement d'une solide capacité scientifique est un processus à long terme. Dans le sillon de l'épidémie du SRAS, le rapport signale *de nombreuses* déficiences dans la façon dont la recherche au Canada est structurée pour réagir aux situations d'urgence sanitaires et aux importantes nouvelles menaces de maladies infectieuses. Parmi ces déficiences, citons le manque de leadership, l'absence d'un programme de recherche clair, une faible capacité de recherche, un financement insuffisant, une mauvaise coordination, une collecte et une gestion anémiques des données, une mise en commun limitée des données, la faiblesse des mécanismes liant les données épidémiologiques et cliniques aux données de laboratoire, le manque de collaboration entre chercheurs et organismes, la pénurie de scientifiques qualifiés et le manque de planification avancée.

Face à ses préoccupations, le Comité consultatif Naylor recommande une augmentation de 25 millions de dollars par année en fonds fédéraux affectés à la recherche sur la protection et la promotion de la santé (particulièrement la recherche fondamentale et appliquée). Ces fonds seront confiés à la nouvelle Agence décrite au chapitre 2 afin d'accroître la capacité de recherche interne ainsi que pour impartir les travaux de recherche à des partenaires comme les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Il est absolument essentiel de concevoir un mécanisme permettant qu'une recherche rapide et ciblée soit effectuée lorsqu'elle est nécessaire, tout en respectant les principes d'excellence et d'examen par les pairs. Le rapport Naylor recommande également que la nouvelle Agence voit en priorité à l'établissement de liens entre les institutions gouvernementales et universitaires, particulièrement dans le domaine des maladies infectieuses, afin d'améliorer les processus pour une étude rapide sur les épidémies et les flambées.

Le rapport Naylor prône la création de solides réseaux de recherche, qui soient opérationnels avant même qu'une épidémie se déclare. Le cas échéant, les données seront offertes à tous les chercheurs intéressés. Le rapport recommande également l'établissement de lignes directrices afin de faciliter la recherche en collaboration et la

---

<sup>33</sup> Rapport Naylor, p. 189.



publication des résultats d'études pendant une épidémie de maladie infectieuse. Finalement, le rapport Naylor insiste sur l'importance de renforcer la recherche en protection et promotion de la santé, tout en veillant à avoir en place des normes appropriées en matière de déontologie et de protection de la vie privée.

Le Comité est d'accord avec le Comité consultatif Naylor. Nous sommes convaincus que la recherche doit faire partie intégrante de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé et que la création de partenariats coopératifs doit être encouragée. Le Comité est d'avis qu'il sera possible de cette façon de mettre à profit les ressources humaines, techniques et institutionnelles déjà en place d'un bout à l'autre du pays pour accroître notre capacité de recherche dans ce domaine.

**Nous sommes convaincus que la recherche doit faire partie intégrante de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé et que la création de partenariats coopératifs doit être encouragée.**

### 3.7 Mondialisation

L'épidémie de SRAS a clairement démontré que la protection et la promotion de la santé revêtent une envergure internationale, puisque l'évolution d'une situation en Chine peut avoir des répercussions quasi immédiates sur la santé au Canada. Il est donc dans l'intérêt du Canada d'améliorer la surveillance et le contrôle des maladies ailleurs dans le monde et de chercher à mieux coordonner les interventions en cas d'épidémies de maladies à déclaration obligatoire.

Le Comité consultatif Naylor reconnaît l'importance des liens internationaux en matière de protection de la santé et recommande dans son rapport que le gouvernement fédéral contribue, par l'intermédiaire de la nouvelle agence, à renforcer la capacité de surveillance et de gestion des maladies dans les pays en développement. Il conseille de plus au gouvernement fédéral de lancer un processus multilatéral afin de mieux définir le rôle de l'Organisation mondiale de la santé dans la gestion de la coopération internationale en matière de santé, notamment en ce qui a trait aux poussées épidémiques.

Le Comité souscrit à ces importantes recommandations relatives aux enjeux internationaux. Si aucune mesure immédiate n'est prise pour normaliser les protocoles et adopter des définitions communes des maladies, pour relayer l'information sur les flambées épidémiques à l'échelle internationale et pour coordonner les efforts déployés pour contrer les épidémies (de même que pour accroître la capacité des pays en développement d'appliquer ces protocoles), le Canada demeurera à la merci des graves flambées épidémiques.

Le Comité sait aussi que Santé Canada joue actuellement un rôle important dans la surveillance des maladies à l'échelle internationale grâce à son Réseau d'information sur la santé mondiale (RISM). Ce réseau est un système d'alerte rapide qui surveille continuellement les sources médiatiques à la recherche de rapports sur les épidémies de maladies infectieuses dans le monde. Ce système, qui fonctionne à partir d'Internet, fournit de l'information en temps réel, 24 heures par jour, sept jours par semaine. Cette information

est ensuite transmise au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS. À l'heure actuelle, le RISM signale environ 40 % des épidémies connues par l'OMS. Le Comité croit fermement que ce système d'alerte rapide doit être renforcé et amélioré.

Par conséquent, le Comité recommande que :

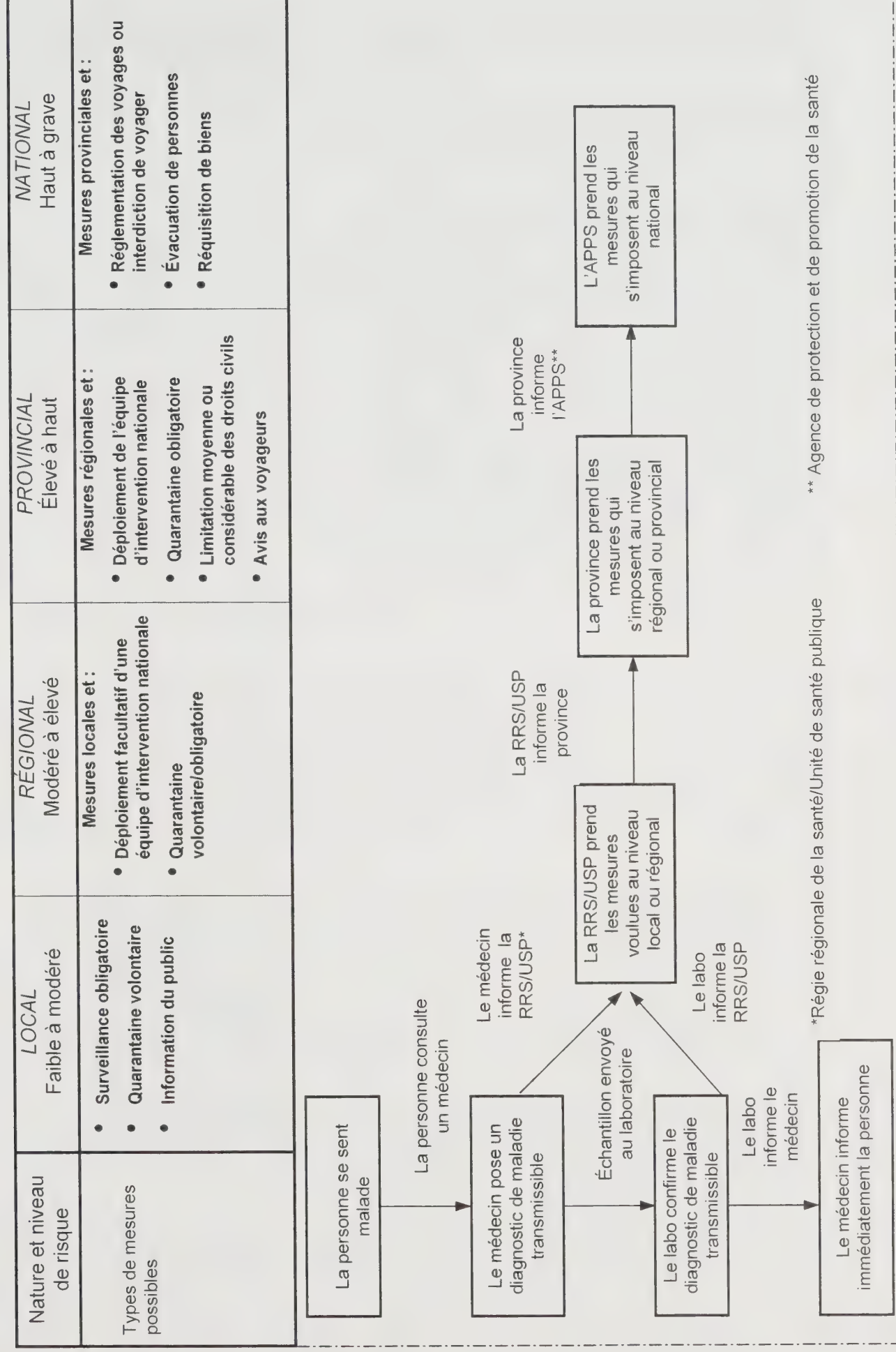
**Qu'avec le concours de ses partenaires à l'étranger, l'Agence de protection et de promotion de la santé joue un rôle de chef de file dans la détection des maladies émergentes et les épidémies dans le monde, notamment grâce à l'amélioration du Réseau d'information sur la santé mondiale.**

**Que l'Agence de protection et de promotion favorise une plus grande participation du Canada à l'échelle internationale dans le domaine des maladies infectieuses émergentes et, surtout, lance des projets pour renforcer la capacité de surveillance et de gestion des épidémies des pays en développement.**

**Que l'Agence de protection et de promotion de la santé soit l'institution responsable des communications directes avec l'Organisation mondiale de la santé, le US CDC, d'autres organismes internationaux et instances gouvernementales. En cas d'épidémie, l'Agence devrait veiller à optimiser l'apprentissage mutuel en assurant une liaison efficace avec les organisations et les autorités responsables à l'étranger.**



**DIAGRAMME 1**  
**Fonctionnement possible d'un système d'alerte médicale**







## CHAPITRE QUATRE :

### IMMUNISATION ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

*[...] l'évolution des profils de la mortalité et de la morbidité, des maladies transmissibles vers les maladies chroniques non transmissibles, a créé de nouveaux défis pour la pratique en santé publique<sup>34</sup>.*

Dans son rapport d'octobre 2002 (*Recommandations en vue d'une réforme*), le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral contribue chaque année 125 millions de dollars à une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques<sup>35</sup>. Nous réitérons dans le présent chapitre notre demande d'une stratégie nationale. Nous appuyons aussi vivement la recommandation du Comité consultatif Naylor visant l'élaboration d'un programme national d'immunisation.

Dans son rapport d'octobre 2002 (*Recommandations en vue d'une réforme*), le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral contribue chaque année 125 millions de dollars à une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques<sup>1</sup>. Nous réitérons dans le présent chapitre notre demande d'une stratégie nationale. Nous appuyons aussi vivement la recommandation du Comité consultatif Naylor visant l'élaboration d'un programme national d'immunisation.

#### 4.1 Prévention des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont la première cause de décès et d'invalidité au Canada et représentent la plus grande part du fardeau économique de la maladie. Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a indiqué qu'environ les deux tiers de l'ensemble des décès au Canada sont attribuables aux maladies chroniques suivantes : maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et accidents vasculaires cérébraux), cancer, maladies respiratoires obstructives chroniques (bronchite et emphysème) et diabète. Plus précisément :

- Les maladies cardiovasculaires, y compris les coronaropathies et les accidents vasculaires cérébraux, sont responsables de 38 % de tous les décès enregistrés au Canada chaque année et elles sont l'une des principales causes d'hospitalisation.
- Le cancer est la deuxième cause de décès au Canada, intervenant pour 29 % dans le nombre total de décès et pour près du tiers des années potentielles de vie perdues.
- Les maladies respiratoires obstructives chroniques représentent la cinquième cause de décès au Canada et la seule en voie d'augmentation; l'asthme est la maladie respiratoire chronique la plus courante chez les enfants et la première

<sup>34</sup> Rapport Naylor, p. 47.

<sup>35</sup> Chapitre treize « Une politique publique « pro-santé » — La santé au-delà des soins de santé », volume six, *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002.

cause d'admission à l'hôpital et d'absentéisme scolaire chez les enfants au Canada.

- Plus d'un million de Canadiens sont aux prises avec le diabète; le diabète est une cause importante de maladies coronariennes, de cécité et d'amputations. Chez les Autochtones canadiens, la prévalence du diabète est trois fois plus élevée que chez le reste de la population. Au total, le diabète représente chaque année quelque 25 000 années potentielles de vies perdues<sup>36</sup>.

Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a aussi insisté sur le fait que de nombreuses maladies chroniques sont dans une large mesure évitables. De plus, de nombreuses maladies chroniques ont les mêmes causes. En effet, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice, le tabagisme, le stress et la consommation excessive d'alcool (autant de comportements liés au mode de vie) sont reconnus comme les principaux facteurs de risque sociaux et comportementaux pour ces maladies. Ces facteurs de risque sont également souvent associés à d'autres troubles physiques ou physiologiques qui accroissent le risque de maladies chroniques, notamment l'excès de poids ou l'obésité, l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol élevé (hypercholestérolémie) et l'intolérance au glucose (diabète). Si l'on parvenait à atténuer ou à éliminer ces facteurs de risque liés au mode de vie, on réduirait énormément la prévalence de ces maladies chroniques et le fardeau économique qu'elles représentent.

**Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a aussi insisté sur le fait que de nombreuses maladies chroniques sont dans une large mesure évitables**

Le fait que la grande majorité des Canadiens sont exposés à l'un ou plusieurs des ces facteurs de risque courants donne à penser que l'état de santé général de la population pourrait être grandement amélioré si l'on mettait davantage l'accent sur la prévention des maladies chroniques tout en continuant de lutter contre les maladies infectieuses. À l'heure actuelle, divers organismes de santé nationaux, des gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral réalisent des mesures axées sur la prévention des maladies chroniques. Cependant, comme le Comité l'a souligné dans *Recommandations en vue d'une réforme*, ces mesures exigent une bien meilleure intégration et coordination.

C'est pour ces raisons que le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral prenne les devants pour amorcer l'établissement d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Nous estimons en effet que le gouvernement fédéral doit agir comme chef de file, mais qu'il importe de coopérer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le secteur privé et les partenaires bénévoles du secteur de la santé à l'élaboration de cette stratégie.

**Le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral prenne les devants pour amorcer l'établissement d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.**

<sup>36</sup> La maladie mentale et la toxicomanie sont aussi de grandes préoccupations puisqu'elles constituent la deuxième cause d'invalidité au pays. Le Comité a entrepris une étude sur ces questions et a l'intention de publier un rapport en 2004.



De plus, le Comité a énuméré, dans *Recommandations en vue d'une réforme*, les éléments qui devraient composer la stratégie nationale de prévention des maladies chroniques soit : des activités d'éducation du public, des programmes de communication de masse, l'élaboration de politiques et des programmes d'application, un programme de recherche intégré et des systèmes améliorés de surveillance et de contrôle des maladies chroniques et des facteurs de risque connexes.

Le Comité estime que l'Agence de protection et de promotion de la santé dont il recommande la création au chapitre deux du présent rapport serait bien placée pour mener cette stratégie. Il est en accord sur ce plan avec le Comité consultatif Naylor qui recommande l'établissement d'une stratégie nationale de santé publique ainsi qu'un programme de partenariat, dont la direction serait confiée à la nouvelle Agence et qui viserait les maladies tant infectieuses que chroniques.

Par conséquent, le Comité recommande :

**Que l'Agence de protection et de promotion de la santé, en collaboration avec les provinces et les territoires et de concert avec les principaux intervenants (y compris l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques du Canada), mette en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.**

**Que la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques prenne appui sur les mesures actuelles et en assure une meilleure intégration et coordination.**

**Que l'Agence de protection et de promotion de la santé verse chaque année 125 millions de dollars à la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.**

**Que le financement de la Stratégie s'inscrive dans le programme de transferts réservés de l'Agence conçu pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé.**

**Que des objectifs précis soient fixés dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Les résultats de la Stratégie devront être évalués à intervalles réguliers par rapport à ces objectifs et les évaluations devront être rendues publiques.**

## **4.2 Immunisation**

Au début des années 1900, les maladies infectieuses étaient la principale cause de décès dans le monde entier. Maintenant, grâce aux mesures de protection de la santé comme la vaccination, l'hygiène, l'éducation en matière de santé publique et l'amélioration des conditions de vie, les maladies infectieuses sont responsables de moins de 5 % de tous les décès au Canada. C'est ce qui fait que les mesures de protection de la santé, en particulier la vaccination, figurent parmi les plus grandes réalisations du XX<sup>e</sup> siècle dans le domaine des soins de santé.

La vaccination, une des principales activités de protection et de promotion de la santé, constitue l'une des mesures les plus rentables en prévention de la maladie puisqu'elle protège chez des millions d'enfants et d'adultes des maladies infectieuses débilitantes et invalidantes, voire fatales. La vaccination a permis d'éradiquer quelques-unes des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, comme la poliomyélite et la variole.

**La vaccination, une des principales activités de protection et de promotion de la santé, constitue l'une des mesures les plus rentables en prévention de la maladie puisqu'elle protège chez des millions d'enfants et d'adultes des maladies infectieuses débilitantes et invalidantes, voire fatales.**

Le Comité consultatif Naylor, ayant examiné un éventail de documents remontant aux années 90, a constaté de vastes écarts entre les lois et programmes des provinces et territoires relativement à l'immunisation et à la vaccination. Le rapport Naylor fait aussi état de certaines préoccupations concernant l'escalade des prix des vaccins, les problèmes de sécurité posés par certains vaccins, des preuves d'une inégalité grandissante dans l'accès à certains vaccins (particulièrement les plus récents) et l'irrégularité de l'enregistrement électronique des immunisations.

Au cours des dernières années, diverses formules ont été proposées en vue d'un programme national d'immunisation pouvant garantir l'administration de vaccins d'un bout à l'autre du pays, aux plus bas prix possibles grâce aux achats publics. Dans le budget de février 2003, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il verserait 45 millions de dollars sur cinq ans « pour l'élaboration d'une stratégie nationale d'immunisation »<sup>37</sup>.

Cependant, d'après le rapport Naylor, ce nouveau montant de 45 millions de dollars « est très loin d'être suffisant pour servir de catalyseur à une stratégie nationale d'immunisation »<sup>38</sup>. Selon le Comité consultatif Naylor, il faudrait au moins 100 millions de dollars par an réservés à une revitalisation majeure de la stratégie nationale d'immunisation. En outre, il faudrait que les fonds réservés soient transférés à un seul organisme chargé des achats (p. ex., Travaux publics et Services gouvernementaux Canada), afin de renforcer le pouvoir d'achat de l'acquéreur des vaccins. Ces fonds serviraient à acheter seulement les vaccins approuvés, particulièrement les nouveaux vaccins qui ne sont pas couverts par un régime public. Ils appuieraient en outre un système d'information intégré permettant de suivre la couverture vaccinale au pays. Le rapport Naylor recommande que le gouvernement fédéral commence d'ici 12 à 18 mois à investir chaque année les 100 millions de dollars nécessaires à cet effet.

Le Comité souscrit entièrement à ces recommandations. Nous estimons qu'un programme national d'immunisation doit jouir d'un solide leadership fédéral, en plus d'une collaboration fédérale-provinciale-territoriale viable. Le Comité est conscient que certains

**Nous estimons qu'un programme national d'immunisation doit jouir d'un solide leadership fédéral, en plus d'une collaboration fédérale-provinciale-territoriale viable.**

<sup>37</sup> Ministère des Finances, *Le Plan budgétaire de 2003*, 18 février 2003, p. 85.

<sup>38</sup> Rapport Naylor, p. 91.



s'objecteront en faisant valoir qu'étant donné que la vaccination est une responsabilité provinciale, les programmes d'immunisation devraient relever exclusivement des provinces.

Le Comité est en total désaccord avec cette position. Des raisons évidentes sous-tendent cette position, plus particulièrement le fait que les maladies infectieuses ne connaissent pas de limites provinciales ou nationales. Deuxièmement, les nouveaux vaccins ne sont pas bon marché, mais un programme national d'achat <sup>39</sup> réduira considérablement le coût de l'unité. Troisièmement, il faut administrer les vaccins dans le cadre de programmes à grande échelle pour obtenir une rentabilité maximale.

Par conséquent, le Comité reprend à son compte la recommandation du Comité consultatif Naylor, soit :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de l'Agence de protection et de promotion de la santé, commence d'ici 12 à 18 mois à investir 100 millions de dollars par an afin de réaliser le Programme national d'immunisation; dans le cadre de ce Programme, le gouvernement fédéral achètera les nouveaux vaccins approuvés afin de répondre aux besoins des provinces et des territoires, soutiendra un système intégré d'information afin d'assurer le suivi de la couverture vaccinale et des réactions négatives aux vaccins grâce à un financement accru de la surveillance et à l'imposition d'une exigence de déclaration obligatoire et affectera des fonds à la recherche sur les possibles effets nocifs à long terme des vaccins.**

---

<sup>39</sup> Il importe de souligner que la distribution des vaccins reste une responsabilité provinciale et territoriale.





*La capacité du Canada de contenir une épidémie ne pourra être supérieure au plus faible maillon de la structure de contrôle des maladies et de protection de la santé<sup>40</sup>.*

Le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a rendu public au début d'octobre. Le Comité pense, comme tous les témoins, que le gouvernement fédéral ne peut laisser dormir ce rapport sur une tablette. Au terme de leur réunion à Halifax, le 4 septembre 2003, tous les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu de faire de l'amélioration des activités de protection de la santé d'un bout à l'autre du pays leur principale priorité. Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral doit élaborer un plan pour donner suite aux recommandations du rapport Naylor et créer une infrastructure de protection et de promotion de la santé solide et bien outillée, dotée d'une capacité d'appoint adéquate et d'un nombre suffisant de professionnels hautement qualifiés.

Des mesures s'imposent immédiatement. Cependant, le gouvernement fédéral doit fournir non seulement des fonds considérables mais aussi un leadership. L'une des leçons retenues par le Comité à la suite de son examen des autres pays étudiés aux fins de la préparation du présent rapport, est que le gouvernement central doit absolument fournir des fonds et une direction pour optimiser les programmes, uniformiser les normes et assurer l'équité des services partout au pays. Le présent chapitre précise le financement fédéral additionnel nécessaire au Canada et établit un échéancier.

#### 5.1 Dépenses fédérales recommandées dans le rapport Naylor

D'après le rapport Naylor, pour établir une infrastructure de protection et de promotion de la santé qui est solide, adaptée et efficace et intervient au moment voulu, le gouvernement fédéral devra, d'ici l'exercice 2007-2008, investir environ 1 milliard de dollars par année. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette somme serait composée des dépenses fédérales *actuelles*, qui s'élèvent à quelque 300 millions de dollars, ainsi que de fonds fédéraux *additionnels* atteignant 700 millions de dollars.

Les 300 millions de dollars existants seront *transférés* de Santé Canada à la nouvelle Agence dont la création est proposée au chapitre deux. À l'heure actuelle, ces fonds servent aux activités de protection et de promotion de la santé du ministère et couvrent la majeure partie des fonctions de base de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP).

D'après le rapport Naylor, il faut un investissement supplémentaire de la part du gouvernement fédéral afin de revitaliser la protection et la promotion de la santé au

---

<sup>40</sup> Dr David Naylor, *Délibérations*.

Canada. Il recommande que ces fonds fédéraux supplémentaires augmentent graduellement au cours des prochaines années pour atteindre 700 millions de dollars d'ici l'exercice 2007-2008. De l'avis du Comité consultatif Naylor, ce montant n'est pas irréaliste, puisque « c'est ce que les gouvernements F/P/T consacrent actuellement aux services individuels de santé au Canada entre le lundi et le mercredi de chaque semaine »<sup>41</sup>. De plus, lors de son témoignage devant le Comité, le Dr Naylor a insisté sur le fait qu'il s'agit, dans les circonstances, de l'investissement *minimum* à faire. Le Comité est parfaitement d'accord compte tenu du coût en termes de vies et de maladies, ainsi que des répercussions économiques des mesures imparfaites de protection de la santé (p. ex., lors de la crise du SRAS à Toronto).

### LE COMITÉ CONSULTATIF NAYLOR : RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES DÉPENSES FÉDÉRALES

Initiative	Fonds (en millions de dollars)		Échéancier proposé
	Nouveaux	Existants	
Nouvelle Agence nationale : ▪ Capacité existante à Santé Canada ▪ Fonctions de base accrues	200 \$	300 \$	Atteindre 200 millions de dollars au cours des trois à cinq prochaines années
Transferts de fonds réservés en vue de capacités locales et régionales (protection et promotion de la santé et prévention des maladies infectieuses et chroniques)	300 \$		Programme de partenariat en santé publique : le financement augmentera au cours des deux à trois prochaines années pour atteindre 300 millions de dollars par année
Transferts réservés à la surveillance des maladies transmissibles	100 \$		Commenceront immédiatement à un niveau inférieur et augmenteront au cours des deux à trois prochaines années
Immunisation	100 \$		À réaliser au cours des 12 à 18 prochains mois
Total	700	300 \$	

Source : Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique.

De ces 700 millions de dollars, quelque 200 millions seront attribués à la nouvelle Agence afin d'accroître ses fonctions de base. Ce montant servira notamment aux fins suivantes : améliorer les systèmes nationaux de surveillance des maladies (15 millions);

<sup>41</sup> Rapport Naylor, p. 12.



élaborer une stratégie nationale de santé publique (5 millions); améliorer la préparation et l'intervention en cas d'urgence sanitaire (10 millions); créer des équipes d'intervention en cas d'épidémie et renforcer la capacité d'appoint (10 millions); créer un nouveau réseau pour la lutte contre les maladies transmissibles (50 millions); accroître les ressources humaines (25 millions); augmenter les fonds de recherche (25 millions); améliorer la protection et la promotion dans les domaines de la santé environnementale, de la santé mentale et de la prévention des blessures (30 millions). Ces sommes, qui totalisent en fait 170 millions de dollars par année en dépenses fédérales supplémentaires, augmenteront graduellement pour atteindre 200 millions de dollars par année d'ici trois à cinq ans.

Les autres 500 millions de dollars en fonds fédéraux supplémentaires serviront aux dépenses suivantes : transferts réservés pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé (300 millions); transferts réservés pour accroître la surveillance des maladies transmissibles (100 millions); financement d'une stratégie nationale d'immunisation (5 millions de dollars).

Comme le souligne clairement le rapport Naylor, il n'est pas nécessaire que tous les fonds fédéraux supplémentaires soient nouveaux. Une partie de ces fonds pourra provenir de programmes et de projets existants (p. ex., l'Inforoute Santé du Canada Inc., Développement des ressources humaines Canada, etc.).

De plus, le Comité consultatif Naylor suppose que les gouvernements provinciaux et territoriaux augmenteront aussi leur participation à la protection et à la promotion de la santé au cours des prochaines années afin de mettre sur pied une solide infrastructure nationale jouissant de l'appui de tous les ordres de gouvernement.

Le rapport Naylor se penche aussi sur le Programme de subventions et de contributions (S et C) que gère actuellement la DGSPSP. En vertu de ce programme, dont le budget annuel s'élève à quelque 200 millions de dollars, la DGSPSP finance des projets menés par des organisations non gouvernementales (ONG) partout au pays. Ces projets couvrent tout un éventail de sujets qui vont des maladies transmissibles et non transmissibles au bien-être, à la vie saine et au vieillissement en santé. Bien que nombre de ces projets soient utiles puisqu'ils permettent manifestement de réaliser les objectifs stratégiques de la DGSPSP, le Comité consultatif Naylor a entendu des points de vue contradictoires concernant la valeur du programme de S et C en ce qui concerne les objectifs stratégiques et le mandat de la DGSPSP. Des préoccupations ont également été formulées concernant la politisation du programme et l'ampleur des transferts offerts à certaines ONG. Mais surtout, le rapport du vérificateur général de septembre 2001 a souligné des problèmes dans le processus de gestion des projets du programme de S et C.

Ces raisons expliquent pourquoi le Comité consultatif Naylor recommande que le programme de S et C soit examiné et que l'utilisation des subventions et contributions soit *très* clairement harmonisée avec le mandat et les objectifs de la nouvelle agence proposée. De plus, le rapport Naylor propose que le financement du programme de S et C soit intégré au budget de la nouvelle Agence.

Quand il a comparu devant le Comité, le Dr Naylor a déclaré que la première priorité de financement du gouvernement fédéral devra être de se préparer à la prochaine saison hivernale de virus respiratoires. La première étape sera l'élaboration de directives, de lignes directrices et de protocoles concernant le SRAS à l'intention des hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel de première ligne. De l'avis du Dr Naylor, ces précautions permettront d'éviter de fausses alertes au SRAS qui pourraient être dévastatrices.

La deuxième priorité, toujours selon le témoignage du Dr Naylor, se présente en deux volets : entreprendre la création de la nouvelle Agence et élaborer un meilleur système de surveillance des maladies infectieuses, assorti d'une meilleure coordination entre gouvernements et établissements. La troisième priorité sera l'élaboration d'un réseau de lutte contre les maladies transmissibles. À long terme, il faudra aussi réviser la législation afin d'harmoniser et d'améliorer les dispositions législatives fédérales et provinciales concernant les urgences sanitaires.

## 5.2 Dépenses fédérales recommandées par le Comité

Le Comité approuve entièrement les recommandations du rapport Naylor visant le transfert de ressources financières et humaines existantes de la DGSPSP à l'Agence décrite au chapitre deux, ainsi que la demande de fonds fédéraux supplémentaires pour l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. Toutes les régions du Canada pourront ainsi fournir un niveau suffisant de protection et de promotion de la santé en période normale et compter sur une capacité d'appoint fédérale en période de crise. Nous pensons, comme le Dr Naylor, que le gouvernement fédéral doit commencer dès maintenant à planifier afin de pouvoir consacrer à long terme un total d'environ 1 milliard de dollars par année à la protection et à la promotion de la santé.

**Le Comité approuve entièrement les recommandations du rapport Naylor visant le transfert de ressources financières et humaines existantes de la DGSPSP à l'Agence décrite au chapitre deux, ainsi que la demande de fonds fédéraux supplémentaires pour l'infrastructure de protection et de promotion de la santé.. . Les fonds fédéraux supplémentaires destinés à la protection et à la promotion de la santé devront, quand c'est possible, provenir de sources existantes.**

Cependant, le Comité estime que cet investissement doit se faire d'une façon *responsable sur le plan financier*. Par conséquent, les fonds fédéraux supplémentaires destinés à la protection et à la promotion de la santé devront, quand c'est possible, provenir de sources existantes. De plus, nous estimons que les fonds servant au Programme de S et C à la DGSPSP devront être intégrés au budget de la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé. Celle-ci sera ainsi pourvue de fonds supplémentaires considérables provenant de dépenses fédérales *existantes*. Nous convenons aussi avec le Comité consultatif Naylor que le programme de S et C doit être très soigneusement étudié pour faire en sorte que seuls les projets favorisant l'optimisation des ressources et pouvant manifestement contribuer à la réalisation des objectifs stratégiques de la nouvelle Agence continuent de recevoir des fonds fédéraux.



Par conséquent, le Comité recommande :

**Que, d'ici la fin de 2004, la priorité en matière de dépenses fédérales en protection et promotion de la santé soit accordée aux douze (12) initiatives suivantes :**

- **la création du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé qui entraînera la mise sur pied de l'Agence de protection et de promotion de la santé (trois mois);**
- **la création par décret de l'Agence de protection et de promotion de la santé avant la fin de l'exercice en cours (quatre mois);**
- **l'élaboration de directives, de lignes de conduite et de protocoles pour les tests pouvant aider les professionnels de la santé, les hôpitaux et les laboratoires à se préparer à la prochaine saison de virus respiratoires (trois mois);**
- **un premier investissement afin de faciliter la prise immédiate de mesures pour se préparer à un retour éventuel du SRAS pendant la saison hivernale de maladies respiratoires (trois à six mois);**
- **d'autres investissements dans la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses afin d'accroître la capacité de surveillance, d'abord à l'échelon local et régional (12 mois);**
- **un examen F/P/T de la capacité et des protocoles des laboratoires de santé publique afin que ceux-ci interviennent de façon efficace et en coopération lors d'une flambée de maladie infectieuse grave (12 mois);**
- **une réunion de la Conférence F/P/T des sous-ministres de la Santé afin d'amorcer les discussions sur un nouveau réseau de contrôle des maladies transmissibles (trois mois);**
- **en une première étape, l'accroissement des inscriptions dans les actuels programmes universitaires et collégiaux dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé; ensuite, l'établissement de l'École virtuelle de santé publique (12 mois);**
- **la mise en œuvre du Programme national d'immunisation (12 mois);**
- **les négociations F/P/T sur la création du Système d'alerte médicale (12 mois);**
- **le début des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information voulue pour améliorer les systèmes de surveillance et de communication (12 mois);**
- **le début du transfert des ressources matérielles et humaines de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'Agence de protection et de promotion de la santé (12 mois).**

Cette série de recommandations indique clairement la nécessité de faire de la protection et de la promotion de la santé une priorité dans le prochain budget fédéral.

**Tableau 1**  
**Sommaire du Plan d'action du Comité**

	D'ici 3 mois	D'ici 6 mois	D'ici 12 mois
Surveillance et contrôle des maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se préparer en vue de la prochaine saison des virus respiratoires</li> <li>• Réunion F/P/T au sujet d'un nouveau réseau de contrôle des maladies à déclaration obligatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investissement pour faciliter les préparatifs immédiats en vue d'une possible réapparition du SRAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investir davantage pour accroître les capacités au niveau local et régional</li> </ul>
Agence de protection et de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer l'Agence de protection et de promotion de la santé par décret du conseil d'ici la fin de l'exercice en cours (31 mars 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprendre le transfert des ressources matérielles et humaines de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'Agence de protection et de promotion de la santé</li> </ul>
Autres programmes et infrastructure		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître le nombre d'inscriptions dans les programmes actuellement offerts par les universités et les collèges communautaires dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir le Programme national d'immunisation</li> <li>• Créer le système d'alerte médicale</li> <li>• Examen F/P/T des laboratoires de santé publique</li> <li>• Entreprendre les négociations avec Inforoute Santé Canada</li> <li>• Amorcer l'établissement de l'École virtuelle de santé publique</li> </ul>



## CONCLUSION

Tout au long du présent rapport, le Comité a indiqué qu'il appuie de tout cœur pratiquement toutes les recommandations du rapport Naylor. De plus, bon nombre d'entre elles reprennent essentiellement les recommandations présentées dans une étude gouvernementale faite il y a dix ans, lesquelles reflètent les recommandations contenues dans un rapport qu'un groupe de travail F/P/T a produit il y de cela sept ans. Les témoins ont eux aussi exprimé un fort appui aux conclusions et recommandations du rapport Naylor. *Le Comité est absolument convaincu que le temps de l'étude est terminé et que le temps d'agir est arrivé.*

Voilà pourquoi, à la fin du chapitre cinq, le Comité propose un échéancier précis — un chemin critique — pour la mise en œuvre des principales recommandations du rapport Naylor. Selon nous, toutes ces mesures peuvent être mises en œuvre sans attendre l'approbation d'un autre niveau de gouvernement dans les limites de l'échéancier proposé.

**À la fin du chapitre cinq, le Comité propose un échéancier précis — un chemin critique — pour la mise en œuvre des principales recommandations du rapport Naylor. Selon nous, toutes ces mesures peuvent être mises en œuvre sans attendre l'approbation d'un autre niveau de gouvernement dans les limites de l'échéancier proposé.**

Même si l'on s'accorde généralement à reconnaître qu'il faut rapidement mettre en œuvre ces recommandations, le Comité sait que des obstacles risquent néanmoins de nuire à leur réalisation. Par exemple :

- Il se peut très bien qu'une résistance se manifeste à l'égard de la réduction de la taille de Santé Canada si la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique — avec tous ses employés et ses budgets — passe à un organisme indépendant. La création de l'Agence canadienne d'inspection des aliments a suscité le même genre de réserves chez les ressources humaines, mais il a finalement été possible d'apaiser les craintes.
- Malgré les obligations internationales du gouvernement fédéral, certains hauts fonctionnaires et politiciens pourront montrer de la réticence à appuyer le déploiement d'employés fédéraux à l'échelle du pays à des fins de surveillance des maladies, du fait que la collecte de données est un enjeu provincial ou local. Or, nous estimons que le déploiement d'épidémiologistes fédéraux ou d'autres professionnels de la santé publique favorisera une action rapide et coordonnée lorsqu'elle est nécessaire, sans compromettre les rôles et les responsabilités des gouvernements provinciaux.
- Les organismes qui reçoivent actuellement des fonds de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, dans le cadre du Programme de subventions et de contributions, sont susceptibles de réagir si leurs subventions/contributions sont réduites ou même éliminées quand la nouvelle Agence cherchera à obtenir la valeur maximale pour les fonds dépensés.
- Des particuliers du milieu de la recherche risquent d'être mécontents du fait que l'Agence impartisse certains projets de recherche au lieu d'affecter les fonds par le biais des IRSC.

Or, il est possible de surmonter ces éventuels désaccords à l'égard des mesures dont le Comité propose l'adoption par le gouvernement fédéral d'ici la fin de 2004, si ce dernier est aussi convaincu que le Comité qu'il est temps d'agir *maintenant*. Il suffit d'un élément essentiel, c'est-à-dire *de leadership politique décisif*.

Si le gouvernement fédéral ne met pas en œuvre les mesures proposées, les Canadiens n'auront d'autre choix que de conclure que ce dernier ne peut pas ou ne veut pas appliquer un vigoureux programme de protection et de promotion de la santé afin de faire de la prévention de la maladie au Canada une priorité aussi élevée que le traitement des Canadiens qui sont déjà malades. La population canadienne saura donc, d'ici la fin de l'année prochaine, quelle priorité le gouvernement fédéral a accordée aux recommandations du rapport Naylor et à la protection et à la promotion de la santé.

À la fin de l'automne 2004, le Comité a l'intention de demander au ministre de la Santé de comparaître lors d'une audience publique et de lui faire rapport, au Comité mais surtout à l'ensemble de la population, de ce que le gouvernement fédéral aura fait pour réaliser les mesures dont le Comité a recommandé l'application.

**Le Comité propose l'adoption par le gouvernement fédéral d'ici la fin de 2004, si ce dernier est aussi convaincu que le Comité qu'il est temps d'agir *maintenant*. Il suffit d'un élément essentiel, c'est-à-dire *de leadership politique décisif*... Si le gouvernement fédéral ne met pas en œuvre les mesures proposées, les Canadiens n'auront d'autre choix que de conclure que ce dernier ne peut pas ou ne veut pas appliquer un vigoureux programme de protection et de promotion de la santé afin de faire de la prévention de la maladie au Canada une priorité aussi élevée que le traitement des Canadiens qui sont déjà malades.**



LISTE DE RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE

---

Le Comité recommande :

**CHAPITRE DEUX**

Qu'une nouvelle agence, appelée l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS), soit créée et que la direction en soit confiée au médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection de promotion de la santé au Canada. L'APPS sera un organisme de services créé par voie législative et fera rapport au ministre fédéral de la Santé.

Que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé au Canada soit nommé par le ministre fédéral de la Santé et soit un professionnel de la santé.

Que le ministre constitue aussi un Office de protection et de promotion de la santé chargé de recevoir les rapports transmis par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé à intervalle régulier. Cet Office devra être présidé par quelqu'un d'autre que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé.

Pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires et faire en sorte que l'APPS ait accès aux meilleurs avis scientifiques possibles, qu'un Conseil consultatif regroupant les médecins-hygiénistes en chef des provinces et territoires soit créé. Le Conseil consultatif devra aussi participer à l'élaboration par l'APPS d'une stratégie globale de développement des ressources humaines.

Le mandat de l'APPS consistera notamment à :

- a. travailler de concert avec les autorités provinciales et territoriales pour élaborer une vision à long terme cohérente en matière de protection et de promotion de la santé au Canada et élaborer un plan pour en concrétiser la réalisation;
- b. collaborer avec les organismes provinciaux déjà en place (comme le B.C. Centre for Disease Control et l'Institut national de santé publique du Québec) et faire en sorte de stimuler la mise en œuvre d'initiatives globales semblables dans les régions du pays où il n'y en a pas;
- c. veiller à ce que le Canada respecte toutes ses obligations internationales en matière de protection de la santé;
- d. améliorer la surveillance et le contrôle des maladies au Canada;
- e. orienter les efforts fédéraux de façon à ce que le pays soit prêt à faire face aux urgences sanitaires et collaborer étroitement avec les autorités provinciales et territoriales de façon que toutes les régions du pays disposent d'une capacité d'intervention suffisante;

- f. orienter l'activité fédérale visant à améliorer tous les aspects de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé d'un bout à l'autre du pays;
- g. promouvoir activement la santé des Canadiens et surtout concevoir et mettre en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques de même qu'un Programme national d'immunisation.

Qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué dès que possible, par un décret du Conseil, au besoin. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devra mettre en place l'APPS d'ici la fin de l'exercice en cours (31 mars 2004). Il sera autorisé à travailler de concert avec Santé Canada pour transférer les ressources et le personnel de l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, qui formeront le noyau initial de l'APPS. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé s'attellera à la tâche de trouver des candidats aptes à diriger l'APPS et fera une recommandation au ministre fédéral de la Santé à cet égard.

### CHAPITRE TROIS

Que le gouvernement fédéral établisse, sous l'égide d'une nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé, un Fonds de contrôle des maladies transmissibles, qui servira à aider les provinces et les territoires à renforcer leurs capacités de surveillance et de contrôle des maladies. Il faudra commencer immédiatement à puiser dans ce fonds pour financer les préparatifs en vue de la prochaine saison de la grippe.

Que le travail de renforcement de l'infrastructure F/P/T actuelle pour assurer la mise en place d'un réseau global permettant de faire le lien entre les activités de surveillance et de contrôle des maladies d'un territoire de compétences à l'autre, soit amorcé sans délai.

Que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé accorde la priorité à la surveillance des maladies infectieuses et travaille en étroite collaboration avec le nouveau réseau F/P/T pour renforcer les capacités à cet égard. Elle devra aussi s'attaquer à la création à plus long terme d'un système national global de surveillance des maladies.

Que des efforts soient consacrés de toute urgence à la conclusion d'un protocole d'entente entre les différents paliers de gouvernement sur les procédures administratives et les protocoles à suivre pour assurer dès maintenant une plus grande collaboration en matière de surveillance et de contrôle des maladies.

Que le gouvernement fédéral prenne la responsabilité de déployer des épidémiologistes d'intervention fédéraux dans chaque région du pays, en nombre suffisant pour qu'ils puissent être efficacement envoyés là où leurs services sont requis pour aider à faire face à une urgence sanitaire.



Que l'APPS élabore en priorité un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre d'un système d'alerte médicale. Comme première étape, il faudrait s'entendre sans délai sur la déclaration des épidémies de maladies infectieuses.

Que Développement des ressources humaines Canada, dans le cadre de son étude du secteur des ressources humaines menée auprès des médecins et des infirmières au Canada, se penche tout particulièrement sur les besoins actuels et futurs en matière de professionnels de la santé dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.

Que le gouvernement fédéral agisse dès maintenant pour encourager l'élaboration de programmes de formation en cours d'emploi afin d'aider les professionnels de la santé à acquérir les compétences nécessaires en protection de la santé.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et de concert avec les universités et les collèges communautaires, amorce des discussions sur la création d'une École virtuelle de santé publique.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, amorce d'urgence un examen pour s'assurer que les laboratoires de santé publique disposent de la capacité et des protocoles appropriés pour intervenir de façon efficace et coopérative lors de la prochaine épidémie importante de maladie infectieuse.

Que le gouvernement fédéral amorce immédiatement des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information nécessaire pour améliorer les systèmes tant de surveillance que de communication.

Qu'avec le concours de ses partenaires à l'étranger, l'Agence de protection et de promotion de la santé joue un rôle de chef de file dans la détection des maladies émergentes et les épidémies dans le monde, notamment grâce à l'amélioration du Réseau d'information sur la santé mondiale.

Que l'Agence de protection et de promotion favorise une plus grande participation du Canada à l'échelle internationale dans le domaine des maladies infectieuses émergentes et, surtout, lance des projets pour renforcer la capacité de surveillance et de gestion des épidémies des pays en développement.

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé soit l'institution responsable des communications directes avec l'Organisation mondiale de la santé, le US CDC, d'autres organismes internationaux et instances gouvernementales. En cas d'épidémie, l'Agence devrait veiller à optimiser l'apprentissage mutuel en assurant une liaison efficace avec les organisations et les autorités responsables à l'étranger.

## CHAPITRE QUATRE

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé, en collaboration avec les provinces et les territoires et de concert avec les principaux intervenants (y compris l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques du Canada), mette en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.

Que la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques prenne appui sur les mesures actuelles et en assure une meilleure intégration et coordination.

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé verse chaque année 125 millions de dollars à la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.

Que le financement de la Stratégie s'inscrive dans le programme de transferts réservés de l'Agence conçu pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé.

Que des objectifs précis soient fixés dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Les résultats de la Stratégie pourront être évalués à intervalles réguliers par rapport à ces objectifs et les évaluations pourront être rendues publiques.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de l'Agence de protection et de promotion de la santé, commence d'ici 12 à 18 mois à investir 100 millions de dollars par an afin de réaliser le Programme national d'immunisation; dans le cadre de ce Programme, le gouvernement fédéral achètera les nouveaux vaccins approuvés afin de répondre aux besoins des provinces et des territoires, soutiendra un système intégré d'information afin d'assurer le suivi de la couverture vaccinale et des réactions négatives aux vaccins grâce à un financement accru de la surveillance et à l'imposition d'une exigence de déclaration obligatoire et affectera des fonds à la recherche sur les possibles effets nocifs à long terme des vaccins.

## CHAPITRE CINQ

Que, d'ici la fin de 2004, la priorité en matière de dépenses fédérales en protection et promotion de la santé soit accordée aux douze (12) initiatives suivantes :

- la création du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé qui entraînera la mise sur pied de l'Agence de protection et de promotion de la santé (trois mois);



- la création par décret de l'Agence de protection et de promotion de la santé avant la fin de l'exercice en cours (quatre mois);
- l'élaboration de directives, de lignes de conduite et de protocoles pour les tests pouvant aider les professionnels de la santé, les hôpitaux et les laboratoires à se préparer à la prochaine saison de virus respiratoires (trois mois);
- un premier investissement afin de faciliter la prise immédiate de mesures pour se préparer à un retour éventuel du SRAS pendant la saison hivernale de maladies respiratoires (trois à six mois);
- d'autres investissements dans la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses afin d'accroître la capacité de surveillance, d'abord à l'échelon local et régional (12 mois);
- un examen F/P/T de la capacité et des protocoles des laboratoires de santé publique afin que ceux-ci interviennent de façon efficace et en coopération lors d'une flambée de maladie infectieuse grave (12 mois);
- une réunion de la Conférence F/P/T des sous-ministres de la Santé afin d'amorcer les discussions sur un nouveau réseau de contrôle des maladies transmissibles (trois mois);
- en une première étape, l'accroissement des inscriptions dans les actuels programmes universitaires et collégiaux dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé; ensuite, l'établissement de l'École virtuelle de santé publique (12 mois);
- la mise en œuvre du Programme national d'immunisation (12 mois);
- les négociations F/P/T sur la création du Système d'alerte médicale (12 mois);
- le début des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information voulue pour améliorer les systèmes de surveillance et de communication (12 mois);
- le début du transfert des ressources matérielles et humaines de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'Agence de protection et de promotion de la santé (12 mois).





**ANNEXE B**  
**LISTE DES TÉMOINS**

(2<sup>e</sup> session, 37<sup>e</sup> législature)

<b>NOM</b>	<b>ORGANISATION</b>	<b>DATE DE COMPARUTION</b>
James Harlick, <i>sous-ministre adjoint</i>	Du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile	17 septembre 2003
Gary O'Bright, <i>directeur général opérations</i>	Du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile	17 septembre 2003
Scott Broughton, <i>sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique</i>	De Santé Canada	17 septembre 2003
Paul Gully, <i>directeur général principal, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique</i>	De Santé Canada	17 septembre 2003
David Mowat, <i>directeur général, Centre de coordination de la surveillance</i>	De Santé Canada	17 septembre 2003
Andrew Marsland, <i>sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés</i>	D'Agriculture et Agroalimentaire Canada	18 septembre 2003
Gilles Lavoie, <i>directeur général principal, Opérations, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés</i>	D'Agriculture et Agroalimentaire Canada	18 septembre 2003
Judith Bossé, <i>vice-présidente, Science</i>	De l'Agence canadienne d'inspection des aliments	18 septembre 2003
Docteur Karen Dodds, <i>directrice générale, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments</i>	De Santé Canada	18 septembre 2003

Mohamed Karmali, <i>directeur général, Laboratoire de lutte contre les Zoonoses, Direction général de la satné de la population et de la santé publique</i>	De Santé Canada	24 septembre 2003
Frank Plummer <i>directeur des programmes scientifiques, Laboratoire national de microbiologie</i>	De Santé Canada	24 septembre 2003
Paul Kitching, <i>directeur, Laboratoire de Winnipeg (Arlington)</i>	De l'Agence canadienne d'inspection des aliments	24 septembre 2003
Judith Bossé, <i>vice-présidente, Science</i>	De l'Agence canadienne d'inspection des aliments	24 septembre 2003
Docteur David Butler-Jones, <i>ancien médecin hygiéniste en chef pour la Saskatchewan</i>	À titre personnel	25 septembre 2003
Docteur Colin D'Cunha, <i>commissaire de la Santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint</i>	Du ministère de la Santé et des soins de long durée Ontario	25 septembre 2003
Docteur Irchad Massé, <i>président-directeur général,</i>	De l'Institut national de santé publique du Québec	25 septembre 2003
Ron Zapp, <i>directeur exécutif provincial</i>	Du British Columbia Centre for Disease Control	25 septembre 2003
Docteure Christina Mills, <i>présidente</i>	De l'Association canadienne santé publique	1 octobre 2003
Docteur Joseph Losos, <i>directeur, Institut de recherche sur la santé des populations</i>	De l'Université d'Ottawa	1 octobre 2003
Docteure Elinor Wilson, <i>co-présidente</i>	De la Coalition canadienne pour la santé publique au XX1e siècle	2 octobre 2003
Docteure Maureen Law, <i>membre</i>	De la Coalition canadienne pour la santé publique au XX1e siècle	2 octobre 2003
Rob Calnan, <i>président</i>	De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada	8 octobre 2003''
Docteur Sunil Patel, <i>président</i>	De l'Association médicale canadienne	8 octobre 2003
Docteur Isra Levy, <i>directeur, Bureau de la santé publique</i>	De l'Association médicale canadienne	8 octobre 2003



Bill Tholl, <i>directeur général et secrétaire général</i>	De l'Association médicale canadienne	8 octobre 2003
Docteur John Frank, <i>professeur, Département des sciences de la santé publique, Faculté de médecine</i>	De l'Université de Toronto	8 octobre 2003 <sup>*</sup>
Docteur David Naylor, <i>doyen, Faculté de médecine</i>	De l'Université de Toronto	9 octobre 2003
Docteur James Hughes, <i>directeur, National Centre for Infectious Diseases</i>	Du U.S. Centers for Disease Control and Prevention	22 octobre 2003

\* Mission d'étude

\*\* Mission d'étude et audience publique



#### AUTRE MÉMOIRES REÇUS

Ken Thomson, président, Hub Team

Duane Landals, BscAG, DVM, président, L'Association canadienne des médecins vétérinaires



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

##### On Bill C-37:

*From the Department of National Defence:*

Colonel Linda J. Colwell, Director General, Compensation and Benefits;

Lieutenant-Colonel Claude Rochette, Project Director, Canadian Forces, Pension Modernization Project.

##### On Bill C-50:

*From the Department of Veterans Affairs Canada:*

Mr. Don Wilson, Acting Director, Program Policy Directorate, Program and Service Policy Division;

Mr. Bryson Guptill, Director, Service and Program Modernization Task Force.

#### TÉMOINS

##### Sur le projet de loi C-37:

*Du ministère de la Défense nationale:*

Le colonel Linda J. Colwell, directrice générale, Rémunération et avantages sociaux;

Le lieutenant-Colonel Claude Rochette, directeur de projet, Modernisation de la pension de retraite des Forces canadiennes.

##### Sur le projet de loi C-50:

*Du ministère des Anciens combattants du Canada:*

M. Don Wilson, directeur intérimaire, Direction de la politique sur les programmes, Direction générale des politiques sur les programmes et le service;

M. Bryson Guptill, directeur, Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes.







Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, November 6, 2003

---

**Issue No. 27  
Volume 1 of 2**

---

SEVENTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(1st Session, 37th Parliament)

Interim Report  
The Health of Canadians: The Federal Role  
Volume 5: Principles and Recommendations  
for Reform  
(Chapters 1 to 4)

---

Deuxième session de la  
trente-septième législature 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibération du Comité  
sénatorial permanent des*

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président :*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 6 novembre 2003

---

**Fascicule n° 27  
Volume 1 de 2**

---

DIX-SEPTIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(1<sup>re</sup> session, 37<sup>e</sup> législature)

Rapport intérimaire  
La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral  
Volume cinq: Principes et recommandations  
en vue d'une réforme  
(Chapitres 1 à 4)

---

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

\* Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente* : L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs :

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, C.P.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, C.P.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, C.P.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

\* Membres d'office

(Quorum 4)



The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

One in a series of reports on  
the state of the health care system in Canada

*The Health of Canadians - The Federal Role*  
*Volume Five:*  
*Principles and Recommendations for Reform - Part I*

*Chair*

The Honourable Michael J. L. Kirby

*Deputy Chair*

The Honourable Marjory LeBreton

APRIL 2002





# TABLE OF CONTENTS

---

TABLE OF CONTENTS.....	i
ORDER OF REFERENCE.....	iii
SENATORS.....	iv
INTRODUCTION.....	1
CHAPTER ONE:.....	5
A REFORM BASED ON FUNDAMENTAL REALITIES.....	5
1.1 Canada's Publicly Funded Health Care System is Not Fiscally Sustainable Given Current Funding Levels.....	6
1.2 Canadians Want a Strong Role for the Federal Government in Facilitating Health Care Restructuring and Renewal.....	12
1.3 There is a Need to Introduce Incentives for all Participants in the Publicly Funded Hospital and Doctor System – Providers, Institutions, Governments and Patients – to Deliver, Manage and Use Health Services More Efficiently.....	14
1.4 Principles to Guide the Restructuring and Financing of Canada's Health Care System.....	20
CHAPTER TWO: .....	23
PRINCIPLES TO GUIDE THE RESTRUCTURING AND FINANCING OF CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM.....	23
2.1 Financing (or Insuring) Health Care.....	23
2.2 Delivering Health Care.....	36
2.3 Evaluating Health Care .....	48
2.4 Achieving a Patient-Oriented Health Care System.....	52
2.5 The Health Care Contract Between Canadians and their Governments.....	59
2.6 Concluding Remarks.....	61
CHAPTER THREE: .....	69
FINANCING AND ASSESSING HEALTH CARE TECHNOLOGY.....	69
3.1 Availability of Health Care Technology.....	69
3.2 Financing the Acquisition and Upgrading of Health Care Technology.....	71
3.3 Investing More in Health Care Technology Assessment.....	72
CHAPTER FOUR.....	77
DEPLOYING A NATIONAL HEALTH INFOSTRUCTURE .....	77
4.1 Establishing a System of Electronic Health Records.....	78
4.2 Evaluating Quality, Performance and Outcomes: the Need for Independent Assessment .....	80
4.3 Fostering Accountability .....	83
4.4 Ensuring Confidentiality and Protection of Personal Health Information.....	84
4.5 Investing in Telehealth in Rural and Remote Communities .....	86
4.6 Investing in Tele-Homecare.....	87

4.7 Investing in Internet-Based Health Information.....	88
<b>CHAPTER FIVE .....</b>	<b>91</b>
NURTURING EXCELLENCE IN CANADIAN HEALTH RESEARCH.....	91
5.1 Assuming Leadership in Canadian Health Research.....	92
5.2 Engaging the Scientific Revolution.....	95
5.3 Securing a Predictable Environment for Health Research.....	97
5.3.1 Federal Funding for Health Research.....	98
5.3.2 Federal In-House Health Research.....	100
5.4 Enhancing Quality in Health Services and in Health Care Delivery .....	102
5.5 Improving the Health Status of Vulnerable Populations.....	104
5.6 Commercializing the Outcomes of Health Research.....	106
5.7 Applying the Highest Standards of Ethics to Health Research.....	110
5.7.1 Research Involving Human Subjects.....	111
5.7.2 Issues With Respect to Research Involving Human Subjects.....	113
5.7.3 Animals in Research .....	116
5.7.4 Privacy of Personal Health Information .....	118
5.7.5 Genetic Privacy.....	123
5.7.6 Potential Situations of Conflict of Interest .....	123
<b>CHAPTER SIX.....</b>	<b>127</b>
PLANNING FOR HUMAN RESOURCES IN HEALTH CARE.....	127
6.1 Towards a national strategy for attaining self-sufficiency in health human resources.....	127
6.1.1 Shortages of health care professionals .....	127
6.1.2 Towards self-sufficiency in health human resources .....	129
6.1.3 Increasing the supply of health care providers from Canada's Aboriginal peoples.....	132
6.1.4 Dealing with 'The Brain Drain'.....	134
6.1.5 The need for a national health human resources strategy.....	136
6.2 Health Human Resources and Primary Care Reform.....	141
6.2.1 Support for Primary Care Reform.....	142
6.2.2 Inter-Disciplinary Education .....	146
6.2.3 What model for primary care reform?.....	147
<b>CHAPTER SEVEN .....</b>	<b>153</b>
TOWARDS A POPULATION HEALTH STRATEGY.....	153
<b>APPENDIX A .....</b>	<b>A-1</b>
LIST OF PRINCIPLES AND RECOMMENDATIONS BY CHAPTER.....	A-1
<b>APPENDIX B.....</b>	<b>A-11</b>
LIST OF WITNESSES.....	A-11



## ORDER OF REFERENCE

---

Extract from the Journals of the Senate of March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- b) The historical development of Canada's health care system;
- c) Health care systems in foreign jurisdictions;
- d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and
- e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.



Extract from the Journals of the Senate of Tuesday, December 11, 2001:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Senator Pépin:

That, notwithstanding the Order of the Senate adopted on March 1, 2001, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, which was authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada, be empowered to present its final report no later than June 30, 2003.

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST :

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*

## SENATORS

---

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J.L. Kirby, Chair of the Committee

The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair of the Committee

and

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck

Joan Cook

Jane Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Wilbert Keon

Yves Morin

Lucie Pépin

Douglas Roche

Brenda Robertson

*Ex-officio members of the Committee:*

The Honourable Senators: Sharon Carstairs P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.) and John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

*Other Senators who have participated from time to time on this study:*

The Honourable Senators Carney, Cochrane, Lawson, Léger, Maheu, St. Germain, Sibbeston and Stratton.



## INTRODUCTION

---

In December 1999, during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the state of the Canadian health care system and to examine the evolving role of the federal government in health care. The Senate renewed the mandate of the Committee in the First Session of the Thirty-Seventh Parliament. The terms of reference adopted for the purpose of this study read as follows:

*That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:*

- (a) *The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;*
- (b) *The historical development of Canada's health care system;*
- (c) *Publicly-funded health care system in foreign jurisdictions;*
- (d) *The pressures on and constraints of Canada's health care system;*
- (e) *The role of the federal government in Canada's health care system.<sup>1</sup>*

In response to this broad and complex mandate, in March 2001, the Committee re-launched its multi-year and multi-faceted study. Initially, the study was to comprise five major phases. Given the huge amount of testimony it received and the complexity of many of the issues it confronted, the Committee has decided to add an additional phase to its work plan. The report of this sixth phase (Volume Six) will present the Committee's recommendations on the financing and restructuring of health care. Volume Six will also address issues surrounding the growing gaps in coverage for medically necessary drugs and home care services.

Following completion of Volume Six, the Committee intends to examine several specific health-related issues. These studies will result in a series of thematic reports. These thematic reports will deal with: 1) Aboriginal health; 2) women's health; 3) mental health; 4) rural health; 5) population health; 6) home care and 7) palliative care. The following table provides information on the individual phases and their respective timeframes:

---

<sup>1</sup> *Debates of the Senate (Hansard)*, 2<sup>nd</sup> Session, 36<sup>th</sup> Parliament, Volume 138, Issue 23, 16 December 1999.

## HEALTH CARE STUDY INDIVIDUAL PHASES AND PROPOSED TIMEFRAMES

Phases	Content	Timing of Report
<b>One</b>	Historical Background and Overview	March 2001
<b>Two</b>	Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs	January 2002
<b>Three</b>	Models and Practices in Other Countries	January 2002
<b>Four</b>	Development of Issues and Options Paper	September 2001
<b>Five</b>	Principles for Restructuring the Hospital and Doctor System and Recommendations on Several Health Care Issues	April 2002
<b>Six</b>	Recommendations with respect to Financing and Restructuring the Hospital and Doctor System and Closing the Gaps in Drug and Home Care Coverage	October 2002
<b>Thematic Studies</b>	Aboriginal Health, Women's Health, Mental Health, Rural Health, Population Health, Home Care and Palliative Care	To be determined

The first report of the Committee, released in March 2001, recounted the history of how the federal government helped the provinces to fund hospital and physician care. It focused in particular on the initial objectives of the federal government's involvement in health care and raised some questions about the future role of the federal government in light of the changing health care environment (e.g. increased recourse to drug therapy, hospital out-patient services, home care and community care). This first report also traced the evolution of health care spending and health indicators over the past several decades. Finally, it looked at a number of the myths that are still current concerning the delivery and financing of health care in Canada and clarified the reality surrounding each of these myths. The objective of the first report was to provide factual information as well as to clarify the major current misconceptions that recur in the health care debate in Canada.

The Committee's second report reviewed the major trends that are having an impact on the cost and the method of delivery of health services, and the implications of these trends for future public funding. In particular, the report focused on the pressures associated with the changing demographics of the Canadian population, the increasing use and growing cost of drugs and technology, and developments in the delivery of health services (e.g. the increased use of out-patient, home care and telehealth). The second report also considered issues surrounding health research, health human resource planning (including the shortage of health care providers), rural health, disease trends and the health of Canada's Aboriginal



population. Finally, it examined how a health info-structure could help improve the delivery of health services in the future.

The third report of the Committee described and compared the way that health care is financed and delivered in several other countries (Australia, Germany, the Netherlands, Sweden, the United Kingdom and the United States), and the objectives of national government health care policy in those countries. It highlighted those policies and reforms from which Canada could learn. The third report also examined briefly the operation of medical savings account systems (MSAs) in Singapore, South Africa, the United States and Hong Kong.

The Committee's fourth report outlined five distinct roles for the federal government in health and health care. These five roles are: 1) financing, 2) research and evaluation, 3) infrastructure, 4) population health and 5) service delivery. For each federal role, a list of objectives was enumerated, some constraints were identified and a wide range of potential policy options for reform and renewal were proposed. The Committee's fourth report served to launch a public debate on the challenges and options facing Canada's health care system.

The current report is based on the testimony gathered during hearings held in the fall of 2001, as well as on evidence received during the earlier phases. In total, nearly 300 individuals and organizations told the Committee which of the options presented in the Phase Four report they liked or disliked, and why.

This fifth report consists of seven chapters. Chapter One identifies three fundamental realities in Canada's health care system. At the end of Chapter One are listed twenty principles which the Committee believes should guide the restructuring and financing of the health care delivery system. Chapter Two provides the Committee's rationale for each of the principles enunciated in Chapter One. Chapter Three summarizes the findings and gives the recommendations of the Committee with respect to the financing and assessment of health care technology. Chapter Four presents the views of the Committee regarding health information systems and details its recommendations for deploying a health infostructure in Canada. Chapter Five provides the perspectives of the Committee with respect to health research. Chapter Six presents the Committee's observations and recommendations with respect to the planning of human resources in health care. Chapter Seven enumerates a number of principles which the Committee believes should apply to the population health role of the federal government, with a particular emphasis on Aboriginal health.

The Committee's sixth report, to be released in October 2002, will focus primarily on presenting a set of recommendations on how to move from the principles outlined in Chapters One and Two of this report to a concrete plan of action for restructuring the hospital and doctor system. The sixth report will also include a specific proposal for increasing federal revenue, so that it will be possible to finance the increased federal responsibilities recommended in this report and to help fund the restructuring of the hospital and doctor system.





## CHAPTER ONE:

### A REFORM BASED ON FUNDAMENTAL REALITIES

---

The purpose of this Chapter and Chapter Two is to present a set of principles which will guide the Committee's recommendations on the restructuring and financing of the health care delivery system<sup>2</sup> and on the role of the federal government in health care renewal. These recommendations will be presented in October 2002 in Volume Six of the Committee's study, following hearings during which witnesses will give the Committee their views on how the principles should be applied in practice.

Some of the principles presented in Chapters One and Two serve as the basis for the Committee's recommendations presented in chapters 3 through 6, which deal respectively with health care technology, health infrastructure, health research and human resources planning in health care.

The set of principles reflect key findings from the first three reports of the Committee's study on health care together with the evidence presented to the Committee during extensive public hearings held across the country in the fall of 2001. The rationale for each of the principles listed at the end of this chapter is provided in Chapter Two. It is worthwhile to note that many of these principles bear a strong similarity to some of the observations and recommendations made by recent provincial task forces and commissions on health care.

Overall, the set of principles is based on the recognition of three fundamental realities:

- Canada's publicly funded health care system is not fiscally sustainable given current funding levels;
- Canadians want a strong role for the federal government in facilitating health care restructuring and renewal;
- There is a need to introduce incentives for all participants in the publicly funded hospital and doctor system – providers, institutions, governments and patients – to deliver, manage and use health care more efficiently.

The Committee hopes that the principles presented in this Chapter and Chapter Two will enhance the public's ability to understand and give thoughtful consideration to the various challenges faced by Canada's health care system. We also hope that the principles will help move us away from the uniquely Canadian debate about the role of the private sector in health care and the appropriate public/private mix. It is the Committee's view that the debate is being conducted in a counterproductive fashion, and is often responsible for diverting attempts at reforming the health care system.

---

<sup>2</sup> While the Committee usually refers to the "health care system", we acknowledge the fact that Canada currently has 13 similar, but not identical, interconnected systems, one in each province and territory.

Canadians must recognize that every Canadian province and territory has mixed public/private sector involvement in health care, as does every other major industrialized country. Physicians, for example, are private in the sense that only a tiny minority are employed by government or its agencies. In addition, most hospitals are owned and governed by boards representing the communities they serve (and some by religious orders) and they operate on a private, not-for-profit, basis. Moreover, diagnostic laboratories operate in most provinces as private, for-profit, entities delivering their services to the publicly funded system, and the great majority of pharmacies are also privately owned.

The Committee wants to stress, once again, the importance for Canadians to be willing to consider new approaches to delivering health services. It is only through such consideration that we will be able to develop options that offer opportunities to sustain Canada's publicly funded health care system. In his interim report, Roy Romanow stressed this point very well when he stated:

*We need to be clear on what values Canadians want their health system to reflect in its policies and programs. In the past, progress on these issues has been extremely difficult with intransigent positions taken at both ends of the spectrum. This kind of acrimonious debate does nothing to move us forward to a broader consensus on the direction we want to take or the steps needed to put our health care system on a sustainable footing for the future. We need to be open to new options and ideas, be willing to engage in open and honest debate about the pros and cons of each new idea, then be prepared to act.<sup>3</sup>*

We now turn to a discussion of the three fundamental realities listed above.

### **1.1 Canada's Publicly Funded Health Care System is Not Fiscally Sustainable Given Current Funding Levels**

The debate over health care financing in Canada revolves around the issue of sustainability. This concept has taken on several meanings in health care in recent years. The Committee wishes to stress that ensuring sustainability does not mean maintaining the status quo in the structure of health care delivery. Nor does it mean giving every Canadian every health service right when they want it; sustainability does not mean a perfect

system. We believe that a sustainable health care system is one that provides an appropriate level of care in response to population needs today and, in the longer term, it is also one that has the capability to adapt or adjust to new and evolving realities.

***It is the view of the Committee that a fiscally sustainable health care system is a system upon which Canadians can rely both today and in the future, given government fiscal capacity and taxpayers' willingness to pay. It does not mean giving every Canadian every health service right when they want it. Neither does it mean a perfect system.***

---

<sup>3</sup> Commission on the Future of Health Care in Canada (Roy J. Romanow, Commissioner), *Shape the Future of Health Care*, Interim Report, February 2002, p. 4.



Given the current structure of Canada's publicly funded health care system, questions relating to the sustainability and affordability of the system are closely intertwined. This means that the central issue is one of fiscal sustainability. It is the view of the Committee that a fiscally sustainable health care system is a system upon which Canadians can rely both today and in the future, given government fiscal capacity and taxpayers' willingness to pay. That is, in considering whether the current system is fiscally sustainable, one must take into account two constraints. The first is the willingness of taxpayers to pay for the system. The second is the need for all governments, for economic development purposes, to keep tax rates relatively competitive with the OECD countries, and particularly with the United States.

Is Canada's publicly funded health care system fiscally sustainable? To answer this question, it is necessary to assess whether more money is needed, and whether it is possible to raise it from current sources, given the two constraints identified above. To begin, then, we need to examine current and projected trends in health care spending.

According to data from the Canadian Institute for Health Information (CIHI), public and private health care spending in Canada topped \$95 billion in 2000, 6.9% more than the previous year. Even after adjusting for inflation and population growth, there was a 4.1% real increase in spending between 1999 and 2000.

The pace of growth in health care spending is speeding up. In fact, real spending per capita is rising faster today than at any time since the 1980s. Moreover, projections suggest that there are real, continuing upward pressures on Canada's health care costs:

- **Drug Costs:** Drug costs currently account for over 15% of total (public and private) health care spending. They are expected to climb to \$14.7 billion in 2000, up 9% from the year before. The Committee noted in Volume Two that, between 1990 and 2000, drug spending per capita increased by almost 93%, more than twice the average for all health care spending (40%).<sup>4</sup> Original, effective but very costly drugs will be entering the Canadian market in the next decade (including a possible vaccine against AIDS, a new immunological cure for juvenile diabetes, etc.) exacerbating pressures on overall drug costs.
- **New Technology:** Canada needs to invest more in health care technology and health information systems. The Committee's Phase Two report indicated that each \$1 billion investment in new medical equipment requires an additional \$700 million to cover operating and maintenance costs. In fact, a further \$5 billion would be required to bring Canada's investment in health care technology to a level equivalent to that of other OECD countries. Similarly, estimates suggest that between \$6 and \$10 billion would be required to achieve full implementation of a Canadian health-infostructure (or between \$1 to \$1.25 billion annually).<sup>5</sup>
- **Aging Population:** In 1998, 12% of Canadians were 65 or older and more than 43% of what provincial and territorial governments spent on health care

---

<sup>4</sup> Volume Two, p. 20.

<sup>5</sup> Volume Two, p. 41 and p. 114.

went to services for seniors. According to Statistics Canada, by 2010, seniors will represent 14.6% of the population, a percentage that rises to 23.6% as the peak of the baby boom generation enters retirement by 2031. Expensive procedures, which were not previously performed on elderly patients, are increasingly being made available to them.<sup>6</sup> Estimates suggest that the impact of population aging will account for an additional 1% of total health care costs each year. Although this percentage appears to be quite small, in dollar terms it amounts to approximately \$1 billion annually in increased health care costs due to an aging population.

- **Cost of Health Care Human Resources:** Labour costs amount to about 75% of spending on health care. According to the Premier's Advisory Council on Health in Alberta (usually referred to as "the Mazankowski report"), in 2001-02 over half the budget increase for health care in Alberta went to salary increases. Competition for scarce human resources in health care is likely to maintain this trend, not only in Alberta but across Canada.
- **Health Research:** Unprecedented support for health research will lead to an explosion of new technologies and drugs. This year, some \$US 40 billion will be spent on health research in the G-7 countries leading to effective but costly technologies in the fields of genomics, proteomics,<sup>7</sup> nanotechnology,<sup>8</sup> etc.
- **Growing Public Expectations:** Many observers have noted that public demand for health care will have a major impact on future costs. In his interim report, Roy Romanow made this point clearly: "One of the most significant cost drivers is how our own expectations have grown over the past few decades. We expect the best in terms of technology, treatments, facilities, research and drugs, and as a consequence, we may be placing demands on our governments that are not sustainable over time."<sup>9</sup> In fact, Canadians appear to be North American and not European in their viewpoints when it comes to public expectations. More precisely, 64% of Canadians are very interested in new medical discoveries, compared to 66% of Americans and 44% of Europeans.
- **Health Care Restructuring:** Restructuring and renewing health care will cost a considerable amount of money. For example, it has been estimated

---

<sup>6</sup> For example, cardiac procedures (e.g. PTCA) performed on the elderly are increasing by 12% annually; joint surgery (e.g. knee replacement) is increasing at an annual rate of 8%; renal dialysis is increasing by 14% a year (at a cost of \$50,000 annually per patient).

<sup>7</sup> Proteomics is the systematic analysis of all protein sequences and protein expression patterns in tissues. Genes encode proteins that perform all of the fundamental activities within cells. Proteins are the molecular machines that carry out genetic instructions. Abnormalities in protein production or function have been connected to many diseases and health conditions.

<sup>8</sup> Nanotechnology is molecular manufacturing or, more simply, building things one atom or molecule at a time. A nanometer is one billionth of a meter (3 - 4 atoms wide). Nanotechnology proposes the construction of novel molecular devices possessing extraordinary properties. The possibilities include microscopic computers, billions of times faster than today's, that could control machines patrolling our bodies as artificial immune systems, and machines that could repair cells on a molecular scale, perhaps stopping or reversing the aging process.

<sup>9</sup> Commission on the Future of Health Care in Canada (Roy J. Romanow Commissioner), *Shape the Future of Health Care*, Interim Report, February 2002, p. 25.



that establishing primary health care teams in Quebec would cost, on average, \$1 million per team.

- **Gaps in the Health Care Safety Net** As pointed out in the Committee's fourth report, there are presently serious gaps in our health care safety net, particularly with respect to drugs and home care. For example, a number of Canadians are not protected against the consequences of having to pay catastrophic drug costs. Similarly, a significant number of Canadians have limited access to necessary home care services. If Canada is to have national standards in health care, and not only in hospital and doctor care as we do now, more money will clearly be required in the form of additional government funding in order to expand public coverage and reduce or close gaps in the health care safety net.

Given the publicly funded nature of Canada's hospital and doctor system, these multidimensional pressures put considerable strain on governments' budgets, both in the shorter and in the longer terms. This reality was well documented by provincial and territorial ministers of health in their 2000 report on cost drivers<sup>10</sup> as well as by many reports tabled with the Committee.

For example, a report prepared for the Ontario Hospital Association estimated that close to 38% of total provincial program spending went to health care in 2000-01, up from 33% in 1992-93.<sup>11</sup> For its part, the Canadian Taxpayers Federation projected that this proportion will hit 50% as early as 2007 in British Columbia and New Brunswick.<sup>12</sup> Similarly, the Conference Board of Canada estimated that over the period from 2000-2020, public per capita spending on health care (adjusted for inflation) will increase by 58%, while public per capita spending on all other government services and programs will increase by only 17% over the forecast period.<sup>13</sup>

The percentage of government spending that is devoted to health care provides the clearest indication of the short-term pressures felt by governments charged with funding health care. During the Committee's cross-country hearings, a wide range of witnesses, including health care managers, health care providers and health care consumers, expressed deep concerns about rising health care costs and their impact on governments' budgets and on patient care. Based on this testimony as well as on numerous reports, the Committee believes that rising costs strongly suggest that Canada's publicly funded health care system is not fiscally sustainable given current funding levels.

A number of individuals and organizations have suggested that operating the health care system more efficiently would save enough money so that no new sources of funding are required. The Committee has repeatedly acknowledged the critical importance of improving effectiveness and efficiency in the management and delivery of health services. In a similar vein,

---

<sup>10</sup> Provincial and Territorial Ministers of Health, *Understanding Canada's Health Care Costs – Final Report*, August 2000.

<sup>11</sup> TEAQ Associates, *Getting the Right Balance: A Review of Federal-Provincial Fiscal Relations and the Funding of Public Services*, prepared for the Ontario Hospital Association, December 2001, p. 21.

<sup>12</sup> Walter Robinson, *The Patient, The Condition, The Treatment – A CTF Research and Position Paper on Health Care*, Canadian Taxpayers Federation, September 2001, p. 59.

<sup>13</sup> Glenn G. Brimacombe, Pedro Antunes and Jane McIntyre, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020 – Balancing Affordability and Sustainability*, The Conference Board of Canada, 2001, p. 21.

the Fyke Commission in Saskatchewan remarked that “spending more on the current health care system without addressing its underlying problems would be irresponsible.”<sup>14</sup> Indeed, many of the principles presented in the next chapter are designed to achieve a more efficient system than the one we now have.

At the same time, though, we have also argued that there is not convincing evidence to support the hypothesis that efficiency gains will be sufficient to avoid confronting the issue of the need for new funding sources. The Committee has stated that responsible public policy planning therefore requires the exploration of additional sources of funding for health care.

In the Committee’s view, to do otherwise would be to put all our eggs in one basket. This would mean betting the future fiscal sustainability of the health care system on making changes when there is not yet evidence to demonstrate that such changes are actually achievable, and there is no reliable indication of the amount of money that can be saved through restructuring and efficiency changes. In the Committee’s view, to make such a bet would be irresponsible.

We do, however, understand why some people prefer to gamble on efficiency changes being sufficient to make the system fiscally sustainable. Such an assumption evades most of the tough financing questions, and thereby ducks the most controversial health care issues.<sup>15</sup>

In short, prudence, combined with a careful consideration of the evidence, obliges us to confront the most difficult health care issue facing policy makers and indeed all Canadians: how should additional funds for health care be raised? Should they come from individuals or businesses to government (by way of taxes or health care insurance premiums) or should they come from individuals or businesses directly into the health care sector? The Committee will present its answers to these questions in its October report.

Both the report of the Clair Commission in Quebec and the Mazankowski report insisted that there are limits to government general revenues and that it will be necessary to diversify the revenue stream in order to sustain the health care system and respond to the future health care needs of the population.

The Clair Commission stated:

*To ensure the sustainability of our system, it must first of all be accepted that (...) the resources that (...) society can devote to health and social services are limited. This acceptance leads to two indisputable and inextricably linked obligations: the obligation to make choices and to perform.*

*(...) Leaders must make choices about the limits of financial resources and about medical technologies and insured drugs. Administrators and clinicians must also make*

---

<sup>14</sup> *Caring For Medicare*, p. 73.

<sup>15</sup> Volume Four, pp. 51-52.



*choices or, if not, accept the choices made by others. Finally, each citizen must choose between solidarity, equity and the risk inherent in the philosophy of “everyone for himself.”*<sup>16</sup>

Similarly, the Mazankowski report stressed:

*If we continue to depend only on provincial and federal revenues to support health care, we have few options other than rationing health services. On the other hand, if we are able to diversify the revenue sources used to support health care, we have the opportunity of improving access, expanding health services, and realizing the potential of new techniques and treatments to improve health.*

*(...)Rather than rationing health services, we need to look at a variety of options for generating additional revenue and using that revenue to expand opportunities for Albertans to access the health services they want and need on a timely basis.*<sup>17</sup>

The Committee wishes to underline the fact that the federal government has significantly increased its financial support to health care in recent years and, consistent with the view expressed by many witnesses, welcomes this new infusion of funds. However, it is also important to recognize that the health care needs of Canadians are great and that their expectations are continually growing. In addition, the costs of running the hospital and doctor system will continue to increase for the reasons given earlier.

***Therefore, Canadians are confronted with the need to balance their desire for publicly funded health services against their willingness to pay for them.***

Given all the competing demands for federal expenditures, the Committee is of the view that any additional funding from federal sources will have to come from “new” money, and not from revenue transferred into the health envelope from existing sources.

Also, in considering how such additional funding ought to be raised, we must keep in mind that Canada’s personal taxes are the highest of the G-7 countries and among the highest in the OECD.<sup>18</sup> This is why the Committee believes that Canadians are confronted with the need to balance their desire for publicly funded health services against both their willingness to pay for them and the need for Canadian tax levels to be reasonably competitive with those of other OECD countries.

<sup>16</sup> Commission d’étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, Commissioner), *Emerging Solutions – Report and Recommendations*, January 2001, p. v.

<sup>17</sup> Premier’s Advisory Council on Health (Right Hon. Don Mazankowski, Chair), *A Framework for Reform*, report to the Premier of Alberta, December 2001, pp. 52-53. This report is also referred to as “the Mazankowski report”.

<sup>18</sup> This fact is well documented in a report by Statistics Canada, “Recent Trends in Taxes Internationally”, in *Perspectives on Labour and Income*, Catalogue No. 75-001-XIE, Vol. 2, No. 1, January 2001, pp. 36-40.

Once it is recognized that the publicly funded health care system does not currently have sufficient resources to respond to all the demands that are being placed upon it, Canadians must decide what trade-offs they find acceptable. There are three basic options:

- The continued rationing of publicly funded health services, either by consciously deciding to make some services available and not others (that is, by delisting some services), or by allowing waiting lists to continue to grow;
- Increasing government revenue, either by raising taxes directly or through other means such as health care insurance premiums, so that the rationing of services can be reduced or eliminated and waiting lines shortened;
- Making some services available to those who can afford to pay for them by allowing a parallel privately funded tier of health services, while maintaining a publicly funded system for all other Canadians.

The Committee believes that these are the realistic choices facing Canadians. There are arguments in favour of each option. And each option evokes an emotional response from various groups and individuals. Nevertheless, the three options given above must be addressed if Canada is to sustain a health care system of which Canadians can be truly proud. Section 2.5 shows how each of these options is affected by the principles for restructuring and refinancing presented in Chapter Two.

The testimony from witnesses who argued that health care spending is rising much more rapidly than government revenues reinforces the conclusion that Canadians must make choices. Unless health care spending is to be allowed to crowd out other equally important spending, Canadians must confront, on an ongoing basis, the trade-offs inherent in the three options listed above. The challenge of sustaining Canada's health care system thus entails deciding what aspects of health care delivery are to be publicly funded and how funds are to be raised. In Volume Six, the Committee will present its recommendations with respect to federal funding of health care.

## **1.2 Canadians Want a Strong Role for the Federal Government in Facilitating Health Care Restructuring and Renewal**

Many witnesses underlined the fact that the federal government has historically played a major role in financing the health services covered under the *Canada Health Act*. The Committee believes that, given the serious challenges facing our health care system, the federal government must play a major role in order to preserve the spirit of the Medicare program that it pioneered several decades ago. In

fact, Canadians overwhelmingly feel that the publicly funded health care system has served them well and they do not want "big bang" or revolutionary changes to the system. Public attitude

***The Committee believes that the federal government has a critical role to play in facilitating, encouraging and accommodating the provinces and territories in their efforts to restructuring and reconfiguring their health care system. The Committee is convinced that the vast majority of Canadians are looking to the federal government for collaborative support and partnerships in effecting needed changes in the health care system.***



surveys repeatedly show that Canadians expect the federal government to continue to be a major player in Canada's publicly funded health care system.

Although the delivery of health care in Canada is primarily a provincial and territorial responsibility, the Committee believes that the federal government has a critical role to play in facilitating, encouraging and accommodating the provinces and territories in their efforts to restructure and reconfigure their health care systems. The Committee is convinced that the vast majority of Canadians are looking to the federal government for collaborative support and partnership in effecting needed changes in the health care system. In fact, there are a number of reasons why the federal government's role is important.

First, Canadians strongly support national principles in health care, and they look to the federal government to play a strong role in maintaining them. As it now stands, the capacity of the federal government to enforce acceptable standards and to recommend appropriate policies to provincial and territorial governments depends in large part on the size of its cash contribution.

Second, federal funding for health care is particularly critical during this period of reform and renewal: changes to the way the health care system operates and is structured will likely result in more rather than less money being required, at least in the short term. The Fyke Commission in Saskatchewan made a similar point, noting that "new funding must buy change, not time, and must buy quality not merely more volume."<sup>19</sup>

Third, and some would say most importantly, only the federal government is in a position to make sure that all provinces and territories, regardless of the size of their economies, have at their disposal the financial resources to meet the health care needs of their citizens. This redistributive role of the federal government is a fundamental part of what many call "the Canadian way".

Fourth, if fundamental changes are to be made to the health care system, they should not be made in only one or two provinces. Inter-provincial harmonization with respect to what services are insured (and ideally with respect to scope of practice rules as well) are important elements of a truly national system. There is an important federal role in encouraging such harmonization, for example by using financial incentives or penalties to persuade provincial or territorial governments to accept national standards.

Finally, the Committee wants to emphasize its strong belief that the amount of money that the federal government transfers to the provinces for health care ought to ensure that it has a seat at the table when the restructuring of the health care system is discussed. The federal government should not just give money without having a say on how that money is spent.

Canadians also want the federal government to work with the provinces and territories in a spirit of collaboration and partnership in facilitating health care renewal. They are impatient with blame-laying; they are more interested in positive results and intergovernmental cooperation. In this perspective, the Committee totally agrees with the observation made in the

---

<sup>19</sup> *Caring for Medicare*, p. 79.

Romanow report that now is the time for all levels of governments to collaborate in health care restructuring:

*(...) Canadians want both levels of governments to stop the corrosive and unproductive long-distance hollering and finger-pointing that currently passes for debate on how to renew the health care system. They see both levels of government as bearing responsibility for the problems affecting the system and for finding solutions to them.<sup>20</sup>*

### **1.3 There is a Need to Introduce Incentives for all Participants in the Publicly Funded Hospital and Doctor System – Providers, Institutions, Governments and Patients – to Deliver, Manage and Use Health Services More Efficiently.**

There is a need to introduce incentives for all participants in the publicly funded hospital and doctor system – providers, institutions, governments and patients – to deliver, manage and use health services more efficiently. The Committee strongly believes that significant change in a system as complex as the hospital and doctor system cannot be achieved through top-down, centralized, micro-management. The required changes can only be achieved by establishing an appropriate system of incentives which will:

***The Committee strongly believes that significant change in a system as complex as the hospital and doctor system cannot be achieved through top-down, centralized, micro-management. The required changes can only be achieved by establishing an appropriate system of incentives.***

- Introduce constructive competition among health care institutions;
- Encourage more effective use of all health care providers;
- Encourage more appropriate utilization of health care technology;
- Put in place structures that will result in a better ongoing evaluation of the system as a whole, and of health care outcomes in particular;
- Ensure that patients receive timely as well as quality care, and
- Encourage patients to make cost-effective use of publicly funded health services.

It is the view of the Committee that the key to developing an appropriate set of incentives is the separation of the three functions of financing (or insuring), delivering and evaluating health care. We are convinced that such a split is a necessary condition for being able to introduce the kinds of incentives that will foster a truly patient-oriented health care system – a system in which the patient receives the most appropriate care, in a timely fashion, by a qualified provider.

---

<sup>20</sup> *Shape the Future of Health Care*, p. 4.



Moreover, separating the functions of financing, delivering and evaluating health care will introduce a much greater degree of transparency into the system and enhance the accountability of all parts of the system, including government. It will also lay the groundwork for greater competition among health care institutions. The rationale for such a split, which we believe is critical to any meaningful reform of Canada's health care system, was discussed in the Committee's hearings as well as in recent reports.

***It is the view of the Committee that the key to developing an appropriate set of incentives is the separation of the three functions of financing (or insuring), delivering and evaluating health care. We are convinced that such a split is a necessary condition for being able to introduce the kinds of incentives that will foster a truly patient-oriented health care system – a system in which the patient receives the most appropriate care, in a timely fashion, by a qualified provider.***

In the Atlantic provinces and Western Canada, as well as in central Canada, the Committee was told that health care in this country operates in many ways as a "monopoly", with the government acting as the sole funder and the sole provider of many health services, without independent evaluation or competition. The Right Hon. Don Mazankowski, Chairman of the Premier's Advisory Council on Health in Alberta, explained:

*Alberta's health care system, like other systems across the country, operates as an unregulated monopoly. Government...*

- *Defines what constitutes "medically necessary services"*
- *Pays for all insured services provided*
- *Provides public insurance and forbids, by law, the provision of private insurance for these services*
- *Prevents, by law, people from obtaining insured services outside the public system except where there are contracts with the public system*
- *Directly or indirectly administers and governs care*
- *Defines, collects and reviews information on its own performance.*<sup>21</sup>

The Committee heard that such government control over health care makes for an inefficient system that lacks transparency and accountability:

*Governments in Canada are seriously conflicted with respect to health care. Governments do not only collect health insurance premiums (through taxes or by special premiums), and maintain responsibility for the delivery of health services, but also report to themselves on their own effectiveness and efficiency based on information they have decided to collect. Furthermore, the same governments then decide what information will*

---

<sup>21</sup>Premier's Advisory Council on Health (Alberta), p. 21.

*be provided to the public. Governments must also decide on the interpretation of results – so health services organizations may regard 80% satisfaction rates as acceptable, when many industries would fire the management of an organization which regularly reported that 20% of customers were dissatisfied or that over half of the employees believe the organization is not a good place to work.*

*The conflict can be reduced or eliminated by separating the insurance function from the health care delivery function. (...) Conflict would also be reduced by distinguishing those responsible for health care system evaluation from those responsible for health services delivery, and from those responsible for collecting insurance premiums.*

*Eliminating the conflict that arises from government acting simultaneously as a regulator, insurer, provider and evaluator will produce an environment which encourages each sector seek appropriate information about health care system performance.<sup>22</sup>*

In Volume Three of its study, the Committee reported that many countries faced with costly, inefficient or unresponsive health care systems have already embarked on reforms aimed at getting rid of the monopoly characteristics described above by separating the various health care functions while maintaining universal access to publicly insured health services. Examples include Sweden, the United Kingdom and the Netherlands.

***...many countries faced with costly, inefficient or unresponsive health care systems, have already embarked on reforms aimed at getting rid of the monopoly characteristics described above by separating the various health care functions while maintaining universal access to publicly insured health services. Examples include Sweden, the United Kingdom and the Netherlands.***

International evidence suggests that separating the role of the funder from that of the provider can contribute to making the health care system more efficient by:

- decentralizing the decision-making process;
- introducing more competition;
- better integrating health services;
- making possible more effective use of all health care providers;
- making possible more appropriate use of health care technology;
- putting the patient first, since the funding follows the patient;
- ensuring that patients receive timely as well as quality care.

Moreover, separating the role of the funder from that of the evaluator will help put in place structures that will result in better ongoing evaluation of the system as a whole, and

<sup>22</sup> Atlantic Institute for Market Studies, Brief to the Committee, 6 November 2001, p. 5.



of treatment outcomes in particular. This will enhance transparency and foster accountability in the use of public funds.

For all these reasons, the Committee believes that the roles of funder (or insurer), provider, and evaluator in the Canadian health care delivery system should be split from one another. The set of principles developed in this report is premised on such a split.

***The Committee believes that the roles of funder (or insurer), provider, and evaluator in the Canadian health care delivery system should be split from one another. The set of principles developed in this report is premised on such a split.***

The Committee recognizes that a number of these principles will have to be applied differently in various parts of the country in order to take into account important regional variations (such as the size of the population and the number of health care providers and institutions that exist within each region) and that they will have to be applied differently for different types of institutions (e.g. community hospitals and teaching hospitals). Indeed, much of our next report will focus on how to go from principle to action, and how to take into account such regional and institutional variations. Nonetheless, the Committee strongly believes that the set of principles, taken as a whole, clearly indicate how the hospital and doctor system ought to be restructured.

It is the view of the Committee that the overall impact of these principles on the health care system will be to effect a two-stage transformation. More precisely, the first stage of reform would involve the following changes:

1. **Split between the funder (or insurer) and the provider:** While government would continue to be the funder/insurer (as it is now), the institutions providing publicly funded health services (hospitals and clinics) would become more independent of government since they would no longer be subjected to the same degree of government control as they are now. To achieve this, the method for remunerating hospital services would have to be modified: global annual budgets for hospitals, which are currently determined by government, would disappear and institutions would be reimbursed under a service-based funding scheme (which assigns a dollar value to each type of hospital service and reimburses hospitals for the specific number and type of services they provide).

By having government fund hospitals for each service, and by having the amounts paid for each service publicly known, the public would be able to see, for the first time, the direct connection between the level of funding and the number and types of procedures that are performed. This would allow the consequences of decisions about the level of health care funding to become more open to public scrutiny, as it would become evident what specific services were affected by various levels of government funding.

This has the potential to change the nature of the health care debate dramatically by having it focus on the number of patients served and the number and variety

of medical procedures carried out (that is, the outputs and outcomes of the hospital and doctor system), rather than focussing only on dollars (or inputs) as the debate does now. Thus, the funding debate would be broadened and become patient-focussed and service-focussed, rather than only dollar-focussed as it is now.

*The Committee believes it is essential that the funding debate become patient-focussed and service-focussed, rather than only being dollar-focussed as it is now.*

2. **Split between the funder/insurer and evaluator:** Government would continue to have overall responsibility for the quality of health care delivery, and providers would ultimately be accountable to government, but the evaluator role would be considerably strengthened. Although it would continue to be funded by government, the evaluator role would be performed at arm's length from government. Much greater emphasis would be placed on measuring the quality of treatments and services, gauging the health outcomes of various procedures and assessing system and institutional performance. A system of independent evaluation, performed by agencies working at arm's length from government, would provide much more accurate and objective evidence-based information about access, outcomes and costs than is currently available.
3. **"Internal market"<sup>23</sup> for hospital services:** Once the service-based funding scheme for hospitals and other institutions is well in place and the independent evaluation function is being well performed, regional health authorities would become responsible for the purchasing of services on behalf of their residents by entering into contracts with hospitals and other institutions. (If a province so wished, regional health authorities could also become responsible for purchasing primary care services). This type of "internal market" reform, which has already been implemented to varying degrees in a number of countries, including Sweden, was also recently proposed in the Mazankowski report in Alberta<sup>24</sup>. Such an "internal market" would foster competition between institutions for the provision of hospital services and encourage both cost-effectiveness and efficiency in service delivery. The Committee is aware that reforms of this type will have to be adapted to the particular circumstances that prevail in different parts of the country in order to take into account the number of providers that operate in each region, as well as factors such as the urban/rural mix.

**The second stage of reform** would result in devolution of the purchasing function from regional health authorities (or from government in provinces where there are no

---

<sup>23</sup> The term "internal market" was first used in reference to reforms undertaken in New Zealand and Great Britain during the 1990s that sought to introduce greater competition among health care providers (both public and private) in the context of a system that retained a single insurer.

<sup>24</sup> Premier's Advisory Council on Health (Alberta), see footnote 1.



such regional entities) to primary health care teams.<sup>25</sup> This would mean that primary health care teams would assume the responsibility for purchasing health services from institutional providers on behalf of their patients. An “internal market” among institutional providers who would compete to sell their services to the various primary health care teams would thus be established. This would result in a situation similar to the GP Fundholding scheme in the United Kingdom (for more information, see the Committee’s Volume Three<sup>26</sup>).

In Canada, this form of “internal market” was recommended by the Health Services Restructuring Commission chaired by Duncan Sinclair in Ontario<sup>27</sup>, as well as by Jérôme-Forget and Forget<sup>28</sup>. This second stage of reform would also require moving away from the current fee-for-service remuneration method for physicians toward some form of blended remuneration involving capitation as well as fee-for-service. This would also involve the development of multi-disciplinary group practices and the revision of current scope of practice rules.

Devolving the purchasing function to primary health care teams would also require patients to register on an annual basis with the primary care group of their choice. A number of studies suggest that, while this could limit somewhat a patient’s freedom to choose a provider (primary care provider or specialist)<sup>29</sup>, it would provide for a better integration of health services to the overall benefit of patients. According to several witnesses, this would lead to a more patient-oriented health care system.

The Committee heard evidence that under “internal market” reforms, the overwhelming majority of institutional providers would continue to be, as they are now, privately-owned, not-for-profit institutions. However, nothing would prevent for-profit providers from competing to supply services, including hospital services, as long as they were subjected to the same quality control regulations and evaluations as public sector institutions. Such a structure is entirely consistent with the *Canada Health Act* (and is discussed more fully under Principle Eight in Chapter Two), which does not prohibit private, for-profit institutions. Having noted this, the Committee wishes to make it perfectly clear that it is not pushing for the creation of private for-profit facilities.

It is important to understand that the first stage of reform (the separation of funder/insurer, provider and evaluator) would have to be done before embarking on the second stage, because the second stage (the separation of purchaser and provider) requires that health care institutions know the cost of providing a given service to a patient. At present, the

---

<sup>25</sup> A recent review of the various possible types of “internal market” reform can be found in Cam Donaldson, Gillian Currie and Craig Mitton, “Integrating Canada’s Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad”. *C.D. Howe Institute Commentary*, April 2001.

<sup>26</sup> Volume Three, pp. 37-44.

<sup>27</sup> Health Services Restructuring Commission (Duncan Sinclair, Chair), *Primary Health Care Strategy – Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health, Government of Ontario*, December 1999.

<sup>28</sup> Monique Jérôme-Forget and Claude E. Forget, *Who is the Master? – A Blueprint for Canadian Health Care Reform*, Institute for Research on Public Policy, 1998.

<sup>29</sup> Once enrolled, patients would have to remain with their designated primary health care team for a specific period, usually a year, unless they changed their place of residence. Similarly, enrolled patients do not have direct access to a medical specialist; they must be referred to the specialist (gynaecologists, paediatricians, etc.) participating in the group practice. The primary care physician or team acts as the gatekeeper to the rest of the system.

information systems that are required to do this are not available in most institutions, and the current practice of global budgeting is a major factor that discourages their development.

The Committee is convinced that the separation of the three functions of financing (or insuring), delivering and evaluating health care is an essential step toward a truly patient-oriented health care system in Canada – a system whereby the patient receives the most appropriate care, in a timely fashion, by a qualified provider. Such a split will also introduce a much greater degree of transparency and accountability by government. More importantly, the separation makes it possible for a number of incentives to be introduced into the system – incentives which are intended to improve efficiency in the use, provision and management of health care services. While the Committee has not taken a final position on “internal market” reforms, its current inclination would be to have primary health care teams act as purchasers of all health services on behalf of their patients. We intend to review this proposal carefully and present our final recommendations in Volume Six.

#### **1.4 Principles to Guide the Restructuring and Financing of Canada’s Health Care System**

Chapter Two develops the rationale for, and the implications of, the principles for reform supported by the Committee. These principles, which form an integrated whole, are listed below.

##### **THE INSURER:**

1. There should be a single funder (insurer) – the government either directly or through an arm’s length agency – for hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act*.
2. There should be stability of, and predictability in, government funding for public health care insurance.
3. The federal government should play a major role in sustaining a national health care insurance system.
4. The determination of what should be covered under public health care insurance should be done through an open and transparent process. Health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.
5. The federal government should contribute on an ongoing basis to fund health care technology.



6. The federal government should increase its investment in those areas of health and health care for which it already has a major responsibility.
7. The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.

## **THE PROVIDER:**

8. In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service-based funding.
9. Regional health authorities should have the responsibility for purchasing hospital services provided by institutions within their region.
10. Primary care renewal should lead to the provision of primary care by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day, seven days a week.
11. To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.
12. New scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.
13. In the second stage of health care reform, an “internal market” should probably be created in which primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.
14. A national (not exclusively federal) strategy must be developed to achieve both an adequate supply and optimal use of health care providers.

## **THE EVALUATOR:**

15. Accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of electronic health records (EHR) that can capture and translate information on system performance and outcomes.
16. Measuring treatment outcomes and system performance must become an essential part of the health information system. Such monitoring and evaluation of the health care delivery system should be performed independently at the national (not federal) level and be funded by government.

## **THE PATIENT:**

17. Canada's publicly funded health care system should be patient-oriented.
18. Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.
19. Programs that enable people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given high priority. The federal government can play a leadership role in this regard.
20. For each type of major procedure or treatment a maximum waiting time should be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to receive immediately the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country.



## CHAPTER TWO:

# PRINCIPLES TO GUIDE THE RESTRUCTURING AND FINANCING OF CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM

---

## 2.1 Financing (or Insuring) Health Care

### *Principle One*

**There should be a single funder (insurer) – the government directly or through an arm's length agency – for hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act*.**

The most compelling argument for a single public funder or insurer is that a publicly funded hospital and doctor system is the essence of the health care system which Canadians strongly support. The Committee agrees that this central element of our system must be maintained, provided that the system meets appropriate standards for quality services delivered in a timely manner.

That is, the Committee believes that there should be a single funder – the government directly or through an arm's length agency – for medically necessary hospital and doctor services. A single-funder system yields considerable efficiencies over any form of multi-funder arrangement, including administrative,

***The Committee believes that there should be a single funder – the government directly or through an arm's length agency - for hospital and doctor services. A single-funder system yields considerable efficiencies, including administrative, economic and informational economies of scale, over any form of multi-funder arrangement. (...) As a corollary, there should not be private insurance for publicly insured hospital and doctor services.***

economic and informational economies of scale. Furthermore, since a publicly funded hospital and doctor system has become a fundamental element of Canadian society, the Committee believes that the single funder should be government, either directly or indirectly (e.g. through a third party, such as a regional health authority or other arm's length agency). As a corollary, there should not be private insurance for publicly insured hospital and doctor services.

In addition, numerous witnesses told the Committee that by concentrating primary financial responsibility in a single funder, the Canadian health care system would lead to more efficient administration of health care insurance. They suggested that Canada's publicly financed single-insurer system for medically necessary services delivered under the *Canada Health Act* eliminates the costs associated with the marketing of competitive health care insurance policies, billing for and collecting premiums, and evaluating insurance risks.

Lee Soderstrom, professor at the Department of Economics, McGill University, described the advantages of a public, single funder for health care as follows:

*Available evidence indicates that the cost of the public insurance would be lower because administrative costs would be lower with that public plan. These costs would be lower because the public plan would take maximum advantage of the economies of scale possible in plan administration. There would be no need for advertising costs.*

*(...)The evidence understates the efficiency gains from having a single payer plan. With the public plan, users avoid administrative hassles when seeking care. They also avoid a second major problem all too familiar to Americans with private insurance: the inevitable, countless administrative difficulties involved in obtaining reimbursement for bills they have incurred.<sup>30</sup>*

Similarly, a document tabled to the Committee by the Atlantic Institute for Market Studies stated:

*Under a private insurance-based model, such as predominates in the USA, the possibility of adverse selection involves high costs that contribute little to the quality of medical care provided. Pooling all citizens into a universal health insurance plan can dramatically lower such costs. The per capita cost of insurance overhead under the Canadian system, wherein the provinces operate "single payer" insurance systems, is approximately one-fifth the per capita cost in the United States where private health insurance is the norm.<sup>31</sup>*

Another strong argument in favour of public health care insurance is the fact that very few Canadians can afford not to be covered. It therefore makes sense to have everyone covered by a single plan. A single-insurer system providing universal coverage also means that no one will deny themselves needed health care because they have a more pressing use for their money (perhaps for food, shelter, clothing, etc.). Nor will anyone be denied necessary care due to inability to pay.

***A single-funder model also implies that there will not be, within Canada, a parallel, private insurance sector that competes with public insurance for the funding of hospital and doctor services covered under the Canada Health Act, at those hospitals and with those doctors that care for publicly funded patients.***

A single-funder model also implies that there will not be, within Canada, a parallel, private insurance sector that competes with public insurance for the funding of hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act*, at those hospitals and with those doctors that care for publicly funded patients. The public funding of the Canadian health care

<sup>30</sup> Professor Lee Soderstrom, Brief to the Committee, 31 October 2001, p. 4.

<sup>31</sup> Brian Lee Crowley and David Zitner, *Operating in the Dark: The Gathering Crisis in Canada's Public Health Care System*, Atlantic Institute for Market Studies, November 1999, p. 9.



system would still be done using revenue raised through general taxes, earmarked taxes or public health care insurance premiums, as is currently the case. Canadians should, however, still be permitted to purchase private insurance for non-publicly insured health services and to buy insurance abroad for services delivered abroad as they do now. Health care institutions would also continue to receive the additional revenue they currently derive from non-insured benefits and services.

Under the current Canadian health care system, a provider can be paid from private sources for the delivery of services that are publicly insured as long as the provider opts out completely from the public system, taking no publicly funded patients. Research brought to the attention of the Committee shows that allowing doctors to function in both the public and parallel private systems

***Therefore, the Committee feels it is important that the current restrictions which prevent doctors from operating in both parallel public and private systems be maintained.***

disadvantages patients in the publicly funded system, both in terms of quality and timeliness of care. Therefore, the Committee feels it is important that the current restrictions which prevent doctors from operating simultaneously in parallel public and private systems be maintained.

Moreover, the Committee agrees with witnesses that no one should face excessive financial hardship or possible bankruptcy because of illness, disease, injury or disability. Access to timely and medically necessary health services should be available to all, regardless of income. This does not mean, however, that Canadians should not bear some responsibility to keep healthy or to contribute to the future sustainability of the health care system. Rather, it means that any funding mechanism or financial involvement by individual Canadians should be equitable and fairly distributed. Incentives designed to encourage responsible use of the publicly funded health care system by patients are discussed in Section 2.4 below.

## ***P*** ***Principle*** ***T*** ***Two***

**There should be stability of, and predictability in, government funding for public health care insurance.**

The Committee heard repeatedly that there is a major lack of stability and predictability in the policies and the financing of the Canadian health care system. For example, Lawrence Nestman, professor at the School of Health Services Administration, Dalhousie University, stated that the high turnover of ministers of health and their deputies, as well as that of senior civil servants, has created an atmosphere of unpredictability in federal and provincial/territorial relationships and in health care policies, particularly with regard to those policies that are related to funding.<sup>32</sup> This view was echoed by Jeff Lozon, President of St Michael's Hospital in Toronto and former deputy minister of health in Ontario, who said:

---

<sup>32</sup> Professor Lawrence Nestman, *Three Proposals to Improve Federal-Provincial Relations in the Health Services Field*, Brief to the Committee, p. 1.

*My first point is perhaps my most strongly held. It is premised on the urgent need for predictability and stability of direction in the health care system, it is driven by the need to shelter the system from the daily parry and thrust of the political fabric. One of the least desirable, most difficult and important jobs is the leadership of the health care system at a provincial level. Without more stability and certainty, the best reform policies will fail. Consider the following. In Ontario, there have been 7 Ministers of Health in the last 10 years, and 7 Deputy Ministers in that same timeframe. Based on personal experience, I know that 3 months as Deputy Minister gives you seniority over half you colleagues, and going beyond one year constitutes long service! The job expectancy of a Minister of Health is 15 months, and a Deputy Minister about the same. It is impossible to take the system forward with that type of turnover, and long range system planning is impractical.<sup>33</sup>*

Both Professor Nestman and Mr. Lozon recommended the creation of provincial non-profit organizations to run the health care system. In their models, these bodies would consist of a board of directors appointed by the government and supported by a staff of experts. They would exist at arm's length from the political process and would replace the current departments of health. According to Mr. Lozon:

*In this way, a sense of stability and direction could emerge distanced from the day-to-day pressures of electoral politics and would continue to be responsible for high level goals established by the legislature.<sup>34</sup>*

Similarly, the Committee was told that health care funding is heavily dependent on annual revenues to the government and can fluctuate significantly with changes in the economy. In his brief to the Committee, Claude Forget stated:

*Governments have used the health care sector as their main deficit-fighting tool, and yet the need of those services is not sensitive to economic cycles. (...) It is difficult to manage a budget which changes unpredictably in time, largely beyond the control of managerial intervention.<sup>35</sup>*

Witnesses also complained about the lack of strategic and long-term planning to deal with the anticipated and growing health care cost pressures resulting from an aging population, rising expectations and costly technology and drugs (see section 1.1 above). They stressed that stability and predictability in health care funding, for example in the form of multi-year funding arrangements, is a prerequisite to undertaking any systemic reform and sustaining public confidence. This observation was also made in the Romanow report:

---

<sup>33</sup>Jeffrey C. Lozon, Brief to the Committee, 29 October 2001, p. 4.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>35</sup> Claude Forget, *Canadians' Health: The Role of Government*, Brief to the Committee, 31 October 2001, pp. 7-8.



*(...) our health care system has in recent years suffered from inconsistent and erratic funding. Many key health care decisions – from building new facilities, to creating new capacity and delivering certain types of services to targeted populations – require a long planning cycle. When health care decision makers are obliged to cope with constantly shifting priorities, or when anticipated resources are reduced or eliminated, great uncertainty is the first result quickly followed by reductions in services. This lack of stable, long-term, predictable funding is jeopardizing long-term planning and, in turn, eroding public confidence in the system's future.*<sup>36</sup>

Many witnesses underlined the important role the federal government could play in ensuring such stability. For example, the British Columbia Health Association stressed:

*A stable funding contribution from the federal government is essential in order to ensure that our provincial health care systems can function in an environment that is conducive to undertaking fundamental changes and implementing required innovations.*<sup>37</sup>

Similarly, Bill Bryant, Chair of the Southwestern regional health authority in Manitoba stated:

*Before we can undertake dramatic and sustainable reconfiguration of the system, which we believe is needed, a stable and on-going funding framework must be assured. Some of the basic infrastructures of our health care system have suffered serious erosion over the past decade as a result of "stop-and-go" funding methodologies by both federal and provincial governments. Therefore, one of the first priorities must be a significant and sustained federal cash commitment to restore stability to the existing health care system and ultimately renew confidence in the health care system.*<sup>38</sup>

The Committee concurs with the witnesses that there should be stability of, and predictability in, government funding. It is our view that no industry can be expected to effectively operate if, from year to year, its revenue is subject to significant fluctuations over which it has no control. In fact, effective planning, which is an essential element of an efficiently operated industry, is impossible unless stability and predictability of funding is assured. In other words, multi-year funding is essential to running the publicly funded health care system efficiently.

***The Committee concurs with the witnesses that there should be stability of, and predictability in, government funding. It is our view that no industry can be expected to effectively operate if, from year to year, its revenue is subject to significant fluctuations over which it has no control. Multi-year funding is essential to running the publicly funded health care system efficiently.***

<sup>36</sup> *Shape the Future of Health Care, Interim Report*, pp. 4-5.

<sup>37</sup> Health Association of British Columbia, Brief to the Committee, October 2001, p. 3.

<sup>38</sup> Bill Bryant, Brief to the Committee, 15 October 2001, p. 1.

Stability and predictability require that governments are capable of providing sufficient funding in order to meet health care needs at all times, including times of fiscal restraint. This is, of course, easier said than done, given that health care needs do not vary with economic cycles as government revenues do. The challenge, therefore, will be to ensure that spending on health care does not crowd out other vital forms of public spending, including education, infrastructure, security, and various other social services:

*Spending on health care cannot be allowed to crowd out other vital forms of public spending, including education, infrastructure and other social services. Our future prosperity and health depend on all of these, and to the extent that it is crowding out these other forms of spending, tax-financed health care in its current form is not sustainable.<sup>39</sup>*

This principle does not, in itself, prescribe what sources of revenue are to be used by government in order to guarantee stability and predictability. It does, however, raise two important questions:

- First, should earmarked taxes or health care insurance premiums be used to pay for health care in order to help ensure the predictability and stability of funding?
- Second, should some form of arm's length agency, as suggested by several witnesses, including Professor Nestman and Mr. Lozon, be given the responsibility for managing the health care system, in order to shelter the system from the daily parry and thrust of elected politics?

The Committee will seek views on these questions before giving the Committee's answers to them in our October report.

---

<sup>39</sup> Premier Advisory Council on Health (Alberta), p. 31.



## Principle Three

**The federal government should play a major role in sustaining a national health care insurance system.**

Many witnesses underlined the crucial role of the federal government in financing the hospital and doctor system and in ensuring stability in funding. Although the provision of health care is under provincial and territorial responsibility, the federal government has historically played a major role in financing the health services covered under the *Canada Health Act*. Witnesses told the Committee that a number of reasons explain why it is important that this major role be continued. These reasons were explained in Section 1.2.

On a number of occasions, provincial and territorial governments have called on the federal government to increase CHST transfer payments in order to help stabilize and sustain Canada's health care insurance system. Increasing the federal contribution to health care would likely require raising the level of federal taxation. As stated in Chapter One under Section 1.1, this could prove difficult to implement, as Canada's personal taxes are the highest of the G-7 countries and among the highest in the OECD.<sup>40</sup> Accordingly, Canadians need to balance their desire for publicly funded health services with their willingness to pay taxes to support the financing of those services.

A major concern that was raised during the Committee's cross-country hearings was that if we continue to depend solely on the general tax base of provincial/territorial and federal governments to support health care, we may end up having to increase the rationing of publicly funded health care services. For this reason, a number of witnesses suggested we should diversify the revenue sources used to support health care. This would serve to improve timely access to health care and/or to expand the basket of publicly insured health services. A national health care insurance premium would be an example of an earmarked revenue source which could be used to support health care.

***...a number of witnesses suggested we should diversify the revenue sources used to support health care. This would serve to improve timely access to health care and/or to expand the basket of publicly insured health services. A national health care insurance premium would be an example of an earmarked revenue source which could be used to support health care.***

***...a number of witnesses suggested that it would be essential to establish a mechanism that would allow federal funding to be targeted to specific purposes, its usefulness and efficacy to be evaluated and those who spend it to be held accountable.***

<sup>40</sup> Statistics Canada, "Recent Trends in Taxes Internationally", in *Perspectives on Labour and Income*, Catalogue No. 75-001-XIE, Vol. 2, No. 1, January 2001, pp. 36-40.

A further issue has to do with whether provinces and territories should have to account for their use of new or additional federal funds. The evidence provided in the Committee's Phase One report showed that block transfers inhibit government accountability.<sup>41</sup> For this reason, a number of witnesses suggested that it would be essential to establish a mechanism that would allow federal funding to be targeted to specific purposes, its usefulness and efficacy to be evaluated and those who spend it to be held accountable. One such mechanism, recommended by Claude Forget, was that a portion of personal income taxes be allocated permanently to health care in order to ensure stability of the financial health care system and that this proportion be integrated into federal-provincial fiscal arrangements. The Committee's recommendations on the funding issue will be presented in our October 2002 report.

## *P* *inciple* *F* *our*

**The determination of what should be covered under public health care insurance should be done through an open and transparent process. Health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.**

The Committee is of the view that health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.

The Committee concurs with the Canadian HealthCare Association that now is the time to examine the public private mix in health care if the federal and provincial governments are to develop sound public policies. The Association, which represents provincial and territorial hospital and health organizations across Canada, stated:

***The Committee is of the view that health services covered under the Canada Health Act should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.***

*It is time for governments, managers, trustees, providers, researchers and the public to develop and implement sound public policies to ensure that we achieve the appropriate private-public mix in our health care system.*<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Volume One, pp. 5-30

<sup>42</sup> Canadian Health Care Association, *The Private-Public Mix in the Funding and Delivery of Health Services in Canada: Challenges and Opportunities*, Policy Brief, 2001, p. 3.



In this perspective, the Committee agrees with the report of the Clair Commission in Quebec and the Mazankowski report in Alberta that consideration should be given to reviewing the principle of comprehensiveness of the *Canada Health Act*. Both reports recommended the establishment of a

***The Committee supports the establishment of a permanent committee, made of citizens, ethicists, doctors and scientists, to review and make decisions on services that should be publicly insured.***

permanent committee, made up of citizens, ethicists, doctors and scientists, to review and make decisions on services that should be publicly insured. Such a review would lead to evidence-based decision making for public health care coverage. Such a review would also set the boundaries between publicly insured and privately funded health services:

*On an initial basis, the expert panel should review the broad categories of services currently provided and decide whether all existing services should be “grandfathered” for continued public funding. Services that are not publicly insured could be provided by the public or private health care provider but would not be paid for by public health care funds.<sup>43</sup>*

The Committee agrees with the intent of the above quotation, but disagrees that the panel should be composed only of experts. We strongly believe that input from those who would be directly affected by the panel’s decisions – namely citizens – is essential if the process is to be truly open and is to have public credibility and acceptability. Moreover, only such an open process will make possible the essential debate of what health services Canadians are prepared to pay for through their taxes.

Thus, the Committee concurs with the Romanow Commission that the public must be involved in the process for determining publicly funded health services:

*Canadians need a greater say in determining what health services should or should not be publicly covered. Although elected governments must always retain accountability, the ways in which decisions are currently made, and who is making them are difficult to understand and often even more difficult to justify.<sup>44</sup>*

Determining which services should be paid for publicly and which ones should not – that is, deciding what services are to be listed and delisted – has always been part of the way that Canadian Medicare has functioned. That is why there are some differences in what is covered in different provinces/territories. As indicated in Volume One of the Committee’s study, for example, the removal of warts is no longer covered in Nova Scotia, New Brunswick, Ontario, Manitoba, Alberta, Saskatchewan and British Columbia, but it remains publicly insured in Newfoundland, Quebec and Prince Edward Island. Similarly, stomach stapling is covered in

---

<sup>43</sup> Premier’s Advisory Council on Health (Alberta), p. 45.

<sup>44</sup> *Shaping the Future of Health Care*, p. 18.

most provinces, but it is not insured in New Brunswick, Nova Scotia or the Yukon, and patients in these provinces must pay for this procedure.<sup>45</sup>

Revising the comprehensive basket of publicly insured health services is not intended to reduce costs but to improve evidence-based decisions with respect to public funding. However, it is important to stress that there are limits to what the publicly funded health care system can provide. To put this simply, public health care insurance cannot do all things for all people. What is critical, however, is that the determination of what is to be covered publicly should be done through an open and transparent process, rather than the current process in which decisions about what is covered are made in secret by governments with no public input.

This point was emphasized by the Honourable Monique Bégin, who was the federal Minister of Health at the time the Canada Health Act was enacted, in a recent speech:

*...choices are being made every day without citizens knowing.... the de-listing of services, a completely secretive process, must be made explicit as a matter of accountability.<sup>46</sup>*

The Committee believes that such an open process would create the possibility for there to be a public debate over whether the population would be prepared to pay more to government in order to have more services covered under the public insurance plan. We also believe that there should be national standards that define those services which are to be covered publicly in each province/territory.

***The Committee believes that such an open process would create the possibility for there to be a public debate over whether the population would be prepared to pay more to government in order to have more services covered under the public insurance plan. We also believe that there should be national standards that define those services which are to be covered publicly in each province/territory.***

---

<sup>45</sup> Volume One, pp. 98-99.

<sup>46</sup> The Hon. Monique Bégin, "Revisiting the Canada Health Act (1984): What Are the Impediments to Change?" delivered at The Institute for Research on Public Policy 30th Anniversary Conference, February 20, 2002, p. 6.



### **The federal government should contribute on an ongoing basis to fund health care technology.**

During Phase Two of its health care study, the Committee was told that although Canada ranks 5<sup>th</sup> among OECD countries in terms of total spending on health care (as a percentage of GDP), it is generally among the bottom third of OECD countries in the availability of health care technology. For example, Canada lags behind many other countries in terms of access to CT scanners, MRIs and lithotriptors.<sup>47</sup>

Availability is not the only issue with respect to health care technology. The “aging” of that technology is also of concern. For example, information provided to the Committee indicates that between 30% and 63% of imaging technology currently used in Canada is outdated. The Committee was told that the shortage of new technology and the use of outdated equipment impede accurate diagnoses and limit the quality of treatment that can be provided.<sup>48</sup>

The federal government has responded to the deficit in health care technology. In September 2000, it announced that it would invest a total of \$1 billion in 2000-01 and 2001-02 to assist the provinces and territories in purchasing new medical equipment. The Committee welcomes this injection of new federal funds as an important step toward the acquisition of needed health care technology.

However, the Committee is concerned that there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces and territories as to exactly where money targeted towards purchasing new equipment is actually spent. This is why we strongly believe, as stated under Principle Three, that a much better accountability mechanism is needed for targeted federal funds.

Overall, the Committee believes that the federal government should commit to a long-term program of financing for health care technology. In our view, such a program should incorporate clear accountability mechanisms on the part of the provinces/territories on their use of these targeted federal funds. Chapter 3 of this report provides our findings and recommendations in this regard.

***...the Committee is concerned that there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces and territories as to exactly where money targeted towards purchasing new equipment is actually spent. This is why we strongly believe, as stated under Principle Three, that a much better accountability mechanism is needed for targeted federal funds.***

<sup>47</sup> Volume Two, p. 38.

<sup>48</sup> Volume Two, p. 39.

**The federal government should increase its investment in those areas of health and health care for which it already has a major responsibility.**

The Committee believes that the federal government should demonstrate its commitment to improving the health of Canadians and provide further investment in those important areas for which it has a major responsibility, such as health promotion, health protection, health research, and health information systems and health care technology assessment. In Volume Four of its study, the Committee<sup>49</sup> identified a number of objectives for the federal government in these areas that it feels should be actively pursued. These include:

- Fostering the development of a solid base of innovative health research in Canada that compares favourably with that in other countries;
- Laying the foundation for evidence-based decision-making in areas that affect both well-being and the delivery of health care, while ensuring the protection of privacy, confidentiality and security of personal health information;
- With respect to health protection: strengthen our national capacity to identify and reduce risk factors which can cause injury, illness, and disease, and to reduce the economic burden of disease in Canada;
- With respect to health promotion and disease prevention: develop, implement and assess programs and policies whose specific objective is to encourage Canadians to live a healthier lifestyle;
- With respect to wellness: encourage population health strategies that work on the full range of health determinants.

Aboriginal health must be a priority for the federal government. The Committee has already stated unequivocally that the health of Aboriginal Canadians is a national disgrace. The Committee believes that, given its constitutional responsibilities, the federal government must act immediately to attack the poor health and socio-economic conditions that plague many Aboriginal communities.

Specific recommendations on health care technology assessment are presented in Chapter 3. Our recommendations with respect to health information systems are provided in Chapter 4, while those pertaining to health research are detailed in Chapter 5. The issues related to Aboriginal health and health promotion are discussed in Chapter 7.

---

<sup>49</sup> See Volume Four, pp. 19-24.



**The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.**

The Committee believes that the consequences arising from changes to government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced. Transparency and accountability in government decision-making require that the implications of funding changes be clearly understood by both decision-makers and the public. The lack of transparency was also raised in the Romanow report which stated: "There should be more transparency in terms of how much money is being spent, by whom, on what basis and with what results."<sup>50</sup>

This principle would apply both to increases and to decreases in government funding. Cuts in government funding translate into the rationing of the supply of hospital and doctor services. In this case, government must explain what services will be rationed. In the event that increases in health care spending are necessary, government must clearly indicate how such increases will be funded and what impact these increases will have on the supply of health care services.

Currently, resources appear to be largely allocated by negotiation among various groups working in the health care system. The allocation is not based on systematic knowledge of either the outcomes of care or access to care or testable predictions of the consequences of changes in funding. Up to now, health care organizations and Departments of Health have been unable to inform Canadians if previous changes in health services delivery have improved, or harmed, access to and quality of health care. The deployment of an electronic patient record system, discussed in more detail in Section 2.4, is the first step towards an evidence-based decision-making process.

The most important reason for enabling the public to understand the health service consequences of changes in the amount of funding for hospitals and doctors is that it will move the debate away from being based strictly on financial data to a debate about services to be covered, the length of waiting lines, the quality of outcomes, and so on. This would move the public debate to where it ought to be – a debate about levels and standards of services to patients. At the present time,

***The most important reason for enabling the public to understand the health service consequences of changes in the amount of funding for hospitals and doctors is that it will move the debate away from being based strictly on financial data to a debate about services to be covered, the length of waiting lines and so on. This would move the public debate to where it ought to be – a debate about levels of services to patients.***

<sup>50</sup> *Shape the Future of Health Care*, p. 27.

such a debate is not possible because there is no way in which the public can translate statements about health care funding into the one thing which really matters to them, namely what is the impact of various levels of funding on the health services the public receives, their quality, and the amount of time they have to wait to receive them.

## 2.2 Delivering Health Care

*(Note: Readers will find three diagrams at the end of this chapter that illustrate the reforms discussed by the Committee in Principles Eight through Thirteen.)*

### *Principle Eight*

**In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service-based funding.**

In Canada, the global budget has been the dominant funding mechanism for virtually all acute care hospitals for about 30 years. There is good reason for this, because global budgets have some attractive features. They offer simplified accounting for both hospitals and the provincial health departments. Perhaps more importantly for government, they offer a method of cost control.

Global budgets, however, have a number of disadvantages. The first one is a progressive and permanent loss of information about what things cost. The Committee was told that it is shameful that in a system as sophisticated as the health care system, not even senior managers know, for example, what a simple appendectomy costs.

The lack of financial feedback means that there are no yardsticks to compare performance on any basis, financial or otherwise. This allows those hospitals or regions with less efficient practices to imbed those practices and continue doing what they are doing without any focus on performance. Second, the Committee heard that global budgets tend to place patients at the bottom of the list of priorities.

Les Vertesi, Chief of the Department of Emergency Medicine at the Royal Columbian Hospital (Vancouver), suggested an alternative to global budgets: the Service Based Funding (SBF).<sup>51</sup> SBF is a form of activity-based remuneration under which a monetary value is assigned to each type of hospital service and the institution receives payment only once it has actually provided that service. According to Dr. Vertesi, SBF would have a number of immediate advantages, apparent right away after the new mode of remuneration is implemented:

- Since it fundamentally changes the incentives, the vicious cycle of cost escalation would stop;

---

<sup>51</sup> See his *Broken Promises: Why Canadian Medicare is in Trouble and What Can Be Done to Save It* (unpublished manuscript).



- It provides a yardstick that would uncover less efficient hospitals and regions, so they can be helped;
- Health departments could develop standards and monitor hospitals;
- Waiting lists would decrease;
- Patient-centred, and patients' choices carry weight;
- Hospitals that know how to provide service at a competitive price would see some hope again and be able to offer assistance to others.

The health department or regional health authority would be responsible for setting the value of each hospital service. The fact that such value determination remains under government control means that government influence over the direction of change would be enhanced, not decreased. Instead of overall funding ceilings, targeted controls would be possible. Even small changes in the relative values could have a large impact on the direction and pace of change. Ultimately, as long as values remain under the control of the government, total funding cannot exceed what government wants to spend.

The Committee heard that such a method for remunerating hospital services would lead to the development of centres of specialization for the provision of certain surgeries or treatment of certain conditions, particularly in large urban centres. Such a change in the delivery of hospital services should be encouraged because of the efficiencies it brings. This would also contribute to improving the quality of services.

Hospitals or regions with special expertise should be able to "market" those services to other regions and enter into contracts with other regions to deliver services. In this way, regions would generate a sufficient volume of services to allow them to achieve better outcomes.

The advantages of specialization for selected hospital services were acknowledged by Provincial Premiers and Territorial Leaders who agreed, at their January 2002 meeting, to share human resources and equipment by developing "Sites of Excellence" in a number of complex surgical procedures.<sup>52</sup>

The Committee believes that, as much as possible, hospitals should be funded for the specific services they provide (that is, according to service-based funding) rather than on the basis of an annual global budget. Service-based funding appears to be an appropriate form of remuneration, particularly for community hospitals. We acknowledge that another form of payment may need to be considered for teaching hospitals where clinical activities are intermingled with teaching and research and services are frequently one-of-a-kind. We are also aware of the concern that remunerating hospitals for each service

***The Committee believes that, as much as possible, hospitals should be funded for the specific services they provide (that is, according to service based funding) rather than on the basis of an annual global budget.***

<sup>52</sup> Specialized hospital services include for example paediatric cardiac surgery and gamma knife neurosurgery.

performed may lead to over-servicing. The Committee will discuss these issues in more detail in Volume Six.

It is the view of the Committee that remunerating hospitals according to a pre-established value for each service provided is essential if the government and the public are to understand the implications of funding changes on the numbers and types of services that are feasible under a fixed government health care budget. It is also an essential first step in moving toward a system in which purchasers and providers are split as described under Principle Thirteen below.

Some might wonder whether it is contradictory for the Committee to recommend shifting to service-based funding for hospitals while at the same time advocating moving away from fee-for-service payments to individual doctors (as we do in Principle 11 below). In other words, why does the Committee propose the adoption of a form of funding for hospitals that is roughly equivalent to a method of payment for doctors that it feels should be abandoned?

The answer, in the Committee's view, lies in understanding the impact that a payment system has under various circumstances. Both fee-for-service and service based funding encourage providers (doctors or hospitals) to increase the volume of services that they deliver. In the case of doctors, this can lead to placing greater emphasis on numbers of patients seen rather than on the quality of care. This is why alternate forms of payment must be introduced for primary care physicians. In the case of hospitals, however, an incentive to provide more services is precisely what is needed, given the current waiting lists. Thus, a shift towards service based funding would prove beneficial. Principles 8 and 11 offer a good illustration of the Committee's efforts to find the appropriate incentives to stimulate the types of behavioural changes that the Committee believes are necessary.

The Committee wishes to stress that service based funding for hospitals, and the separation of the funder function from that of the institutional provider of services, means that ownership of the institutional service provider would not be a matter of concern. We believe that the patient and the funder will be equally well served no matter what the corporate ownership structure of a health care institution is, as long as the two following conditions are met:

1. All institutions in a province are paid the same amount of money for performing any given medical procedure or service.
2. All institutions, no matter what their ownership structure is, are subjected to the same rigorous and independent quality control and evaluation system (see Principles Fifteen and Sixteen).

The first condition ensures that the funder is indifferent to the ownership structure. The second ensures that the patient is indifferent, since it ensures that no institution can put profit above quality of care.



The Committee wants to make it clear that it is not pushing for the creation of private, for-profit, facilities. Neither do we believe that they should be prohibited, just as they are not now prohibited under the *Canada Health Act*.<sup>53</sup> Moreover, as we said in Chapter One (see Section 1.4), we fully expect that the overwhelming majority of institutional providers would continue to be, as they are now, privately owned, not-for-profit, institutions.

During the cross-country hearings, a number of witnesses raised the concern that introducing private sector participation through contracting out might expose Canada's publicly funded health care system to trade challenges. The report of the Romanow Commission also stated that "our ability to reform and innovate within the health care system may be affected by the rules of international trade agreements."<sup>54</sup>

The Committee requested information from Health Canada and the Department of Foreign Affairs and International Trade on this issue. Senior departmental personnel informed the Committee that the federal government has always maintained the same position with respect to health care and international trade agreements: Canada's health care sector is not negotiable.

A provision in the North American Free Trade Agreement (NAFTA) stipulates that Canada preserves its ability to maintain or establish any measures for a public purpose, including health care. Similarly, under the WTO General Agreement on Trade in Services (GATS), the exclusion of "services supplied in the exercise of governmental authority" from the scope of the Agreement, combined with the absence of commitments by Canada with regards to health services, provides the policy flexibility required to preserve our publicly insured hospital and doctor system. The same longstanding position is being adopted by Canada in the context of the negotiations under the Free Trade Area of the Americas (FTAA).

Overall, the Committee believes that it has obtained sufficient assurance from both Health Canada and the Department of Foreign Affairs and International Trade and is convinced that international trade agreements do not, and will not, pose a threat to Canada's publicly funded health care system.

## *Principle Nine*

**Regional health authorities should have the responsibility  
for purchasing hospital services provided by institutions  
within their region.**

During the last decades, most provinces (other than Ontario) have established regional health authorities. Regional health authorities are responsible for assessing the needs of the population in a certain geographic area and for setting health care priorities and assigning

---

<sup>53</sup> As the Honourable Monique Bégin and others have pointed out, there are many misconceptions surrounding the 'public administration' provision of the *Canada Health Act* (see footnote 77 below). On this point see as well the Myths and Realities section of Vol. 1 of the Committee's study, p. 98.

<sup>54</sup> *Shape the Future of Health Care*, p. 44.

resources in line with those needs. Currently, hospitals and many other health care providers are overseen by these regional health authorities.

One important criticism of regional health authorities is that their control over spending is limited. For the most part, regional health authorities receive a budget from the provincial government which they simply pass to hospitals and other providers of care. In doing so, they are not able to direct the priorities and spending for which they are, in theory, responsible. Neither are they able to reward efficient providers. In particular, regional health authorities do not have control over the cost of doctor services, a control that they must have if they are to manage effectively the health services in their region.

The Committee learned that this problem can be corrected by establishing an “internal market” in which the regional health authorities are responsible for purchasing health services on behalf of the residents of their region:

***...regional health authorities do not have control over the cost of doctor services, a control that they must have if they are to manage effectively the health services in their region.***

*With an “internal market”, regional health authorities hold the purse strings and choose between providers on the basis of quality and cost, rather than simply funding the decisions of those using the resources.<sup>55</sup>*

Such a form of “internal market” has the potential to introduce competition based on both cost and quality among hospitals and other institutions. This also provides the incentives for providers to become more cost conscious and to make decisions about what to provide, to whom, and at what standard. Furthermore, such reform has the potential to reconfigure services in a way that is more in line with population needs.

The Committee believes that devolution of the purchasing function to regional health authorities is part of the first step in reforming health care in Canada. In fact, regional health authorities exist in most provinces and a large percentage of health care spending occurs in and around large cities, creating the potential for competition among providers. At the same time, the Committee is aware that this principle will have to be applied with flexibility so as to take into account the many differences in the size of the regions, as well as the rural/urban mix they contain and the number of health care providers and institutions within their jurisdiction.

***The Committee believes that the devolution of the purchasing function to regional health authorities is part of the first step in reforming health care in Canada.***

We believe, however, that, over time, the purchasing function should be devolved even further – to primary health care teams – as a way of decentralizing decision-making and providing care that is more responsive to patients’ needs (see Principle Thirteen). This would be part of the second stage of reform, as discussed in Section 1.4.

<sup>55</sup> Cam Donaldson, Gillian Currie and Craig Mitton, “Integrating Canada’s Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad”, *C.D. Howe Institute Commentary*, April 2001, p. 8.



**Primary care renewal should lead to the provision of primary care by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day seven days a week.**

All recent provincial reports have recommended the creation of a network of primary care groups. These proposals all share some common features:

- access 7/24/365 to comprehensive primary care;
- “rostering” or enrolment of patients in the primary care group of their choice on an annual basis;
- better utilization of the spectrum of health care providers through interdisciplinary team work;
- integration and coordination of all health services through the function of “gatekeeping”;
- potential for expansion of public health care coverage;
- change in the method of remuneration of physicians (from fee-for-service to either capitation or blended payment).

Consistent with the recommendations of various provincial health care commissions, the Committee believes that primary care reform should lead to comprehensive primary care being provided by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day, seven days a week. This will enable patients to have access to primary care always as their initial point of contact with the health care system. This will permit a more efficient operation of the primary care sector, and will take considerable pressure off hospitals’ emergency rooms.

The recommendations of these provincial reports, however, diverged on the extent to which primary care groups should be responsible for purchasing health services on behalf of their patients. The Health Services Restructuring Commission in Ontario suggested that, in addition to providing primary care, primary care groups should also assume the responsibility for purchasing a wide range of health services on behalf of their patients including: hospitals, specialists, public health, rehabilitation centres, long-term care facilities, home care, community care.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> The Mazankowski report acknowledged and supported the movement towards primary care reform along with a change to primary care physician remuneration, but was of the view that the purchasing function should remain within regional health authorities. Accordingly, the report recommended that a portion of the budget for physicians be allocated to regional health authorities which would then contract with them for primary care services. Similarly, both the Clair Commission in Quebec and the Fyke Commission in Saskatchewan stressed that regional health authorities should organize and manage primary care group practices, contracting with or otherwise employing all providers including physicians

Although numerous provincial commissions have all recommended reforming primary care, no single model has been proposed that could be universally implemented. This observation was also made by the Romanow Commission:

*There are an endless variety of potential models and approaches [to primary care reform], but a common element in most is that governments would fund these organizations based on some combination of the number of registered patients, population served, and the health outcomes achieved. While steps have been taken in every province to initiate primary care pilot projects, many argue that, because primary care is the key catalyst to real change in the health care system, it is time to move past the rhetoric and pilot projects and into true action.<sup>57</sup>*

Therefore, flexibility will be required in deciding how to apply this principle. In addition, the experience of a number of provinces and territories has shown that setting up primary care groups is neither easy nor cheap. Indeed, as explained in Section 1.1, the cost of restructuring is one of the reasons why the Committee has concluded that the current system is not fiscally sustainable. Other findings with respect to primary care reform are discussed in more detail in Chapter Six of this report.

## *P* *inciple* *E* *leven*

**To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.**

Fee-for-service payment is the dominant form of primary care physician remuneration in Canada. Almost 90% of family physicians surveyed by the Canadian College of Family Physicians in 2001 said that they received some proportion of their earnings in the form of fee-for-service payments,<sup>58</sup> and that these payments accounted for an average of 88 percent of their total income.<sup>59</sup> Although in 1999-00, over 20% of Canadian physicians received some payments for clinical care through alternate forms of payment, such as salaries or capitation, in most provinces these alternate sources were the main form of remuneration for less than 10% of physicians.<sup>60</sup>

Under a fee-for-service payment scheme, primary care physicians are paid a fee for each service they provide to patients according to a preset schedule of tariffs. Fee-for-service is a relatively simple and transparent payment method. It is also fairly easy to administer.

---

<sup>57</sup> *Share the Future of Health Care*, p. 34.

<sup>58</sup> Canadian Institute for Health Information (CIHI), *Canada's Health Care Providers*, 2001, p. 73.

<sup>59</sup> Hutchison, Brian and Julia Abelson and John Lavis, "Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change," in *Health Affairs*, Vol. 20 No. 3, May-June 2001, p. 117.

<sup>60</sup> CIHI, op. cit., p. 74.



It has the benefit of familiarity in Canada as patients and doctors alike are aware of how it works.

Fee-for-service, however, has a number of drawbacks. According to many witnesses, fee-for-service provides the wrong signal or incentive to primary care physicians, that of “over-servicing”: the more health services physicians provide, the more income they receive, irrespective of the needs of the patient receiving the service, the outcomes produced or the cost of providing the service. Moreover, because the remuneration is attached to the service, there is no financial reward for physicians to locate in areas with greater needs as long as they can satisfy their workload and income expectations by serving lesser needs in their preferred locations.

For these reasons, many provincial commissions and task forces have identified fee-for-service as incompatible with promoting the best productive use of the time and skills of primary care physicians. In addition, provincial reports pointed out that fee-for-service is also incompatible with primary care reform. Since doctors are paid for every service they provide, they have an incentive to bill for treatments that could be provided more cost-effectively by other health care professionals. This has effectively discouraged collaborative and multidisciplinary practices.

Health care commissions and task forces at the provincial level, namely the Health Services Restructuring Commission in Ontario, the Clair Commission in Quebec and the Mazankowski report in Alberta, all recommended a system of blended remuneration for primary care physicians incorporating elements of capitation<sup>61</sup>, fee-for-service and other rewards. This recognizes the fact that “one size” does not fit all situations:

*Research to date has not identified one funding system as ideal; every model has advantages and disadvantages. Policy makers need to assess their own situation, understand the risks and benefits of each payment model, and decide for themselves what model best address the needs of the funders, providers, and the community.<sup>62</sup>*

The Committee agrees with provincial commissions and task forces that the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards. Blended remuneration provides incentives for general practitioners both to work hard and to care for a large number of patients as they do now (through fee-for-service

***The Committee agrees with provincial commissions and task forces that the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining, capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.***

<sup>61</sup> Capitation refers to a payment system in which a health care unit receives an annual payment for each individual to whom the unit is responsible for providing service. The amount of the payment may depend on the age and medical history of the individual, but not on the number of service calls the individual makes to the unit during the year.

<sup>62</sup> Canadian Health Services Research Foundation, *Integrated Health Systems in Canada: Three Policy Syntheses – Questions and Answers*, July 1999, p. 2.

funding) and to emphasize preventive care and population health (through capitation funding). However, since physicians are not all alike in their financial expectations or in their reaction to various types of incentive, there must be flexibility in the remuneration system that is used for different group practices. Nonetheless, the Committee acknowledges that, in order to implement primary care reform, a move away from current fee-for-service is essential, otherwise there will be no motivation for family physicians to allow patients to be seen by other clinic staff members.

Most models of primary care reform require that patients enroll with a specific doctor or group practice for a pre-determined period of time, usually a year. Implementation of this kind of reform must therefore confront the perceptions that it limits patients' freedom of choice and, from a doctor's perspective, that it restricts their freedom to practice medicine as they choose.

***Nonetheless, the Committee acknowledges that in order to implement primary care reform, a move away from current fee-for-service is essential, otherwise there will be no motivation for family physicians to allow patients to be seen by other clinic staff members.***

Since a patient need only sign up with a family physician for a year (unless the patient moves his/her residence), this is hardly a significant constraint on patients. Similarly, encouraging doctors to make full use of the skills of all the members of their health care team (e.g. by changing the scope of practice rules so that nurse practitioners can use their full range of skills) is hardly a serious infringement on physicians' freedom to practise as they choose.

As well, the Committee is aware that the issues of how the specialists and physicians employed in teaching hospitals should be remunerated need to be addressed, and the Committee will do so in Volume 6 of its study.

## *Principle Twelve*

**New scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.**

Issues concerning the scope of practice of various health care providers are discussed in Chapter 6. The Committee believes that new scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all primary health care providers to deliver the full range of services for which they have been trained. It is also the Committee's view that there would be significant advantages to these measures being as standardized as possible across the country. National standards would also help reinforce Canadians' belief that their health care system is national, not provincial, in character.

In general, the primary care sector would function more efficiently, without loss of medical efficacy, if providers such as nurse practitioners were able to provide the full range of services for which they have been trained. This would then free up more time for general



practitioners to look after those patients who require their particular set of skills, experience and qualifications.

In addition, achieving a better mix of health care providers requires more than just changing the way they currently practice; it may also require changes to the way in which they are trained and educated.

The Committee understands that changes to the regulatory approach adopted by self-governing professions is essential to implement this principle successfully.

***The Committee believes that new scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.***

## *Principle Thirteen*

**In the second stage of health care reform, an “internal market” should probably be created in which primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.**

During Phase Three of its study, the Committee learned a great deal about GP fundholding practices in place in the United Kingdom. In Volume Three, we explained that under such Fundholder practices GPs were given a budget from which to purchase care for their patients, including hospital services, specialist services, and prescription drugs.<sup>63</sup>

The Committee was told that the objective of establishing such an “internal market” in the United Kingdom was to overcome a major disincentive, whereby physicians directed a lot of health care activity and spending but without any financial repercussions for themselves and without any financial incentive to be concerned about the cost their decisions imposed on the health care system as a whole. It was also believed that general practitioners (GPs) would be more effective purchasers for their patients than a regional health authority:

*The GP was closer to patients and thus presumably could effectively meet their needs; the GP was also more able to negotiate with local hospitals. The theory was that the need for GPs to keep within budget and patients’ ability to change doctors would lead to greater fiscal responsibility and improvement in quality.*

*(...) Fundholding introduced a financial incentive for those who joined the scheme to be more efficient: they were able to invest any savings from their budgets in improvements in patient care or practice improvement. Fundholders could also move funds between*

---

<sup>63</sup> Volume Three, pp. 37-44.

*components of the budget, allocating resources as they saw fit. Any fundholders that repeatedly failed to meet the budget risked losing fundholding status.*<sup>64</sup>

The Committee was told that an “internal market” reform along the lines of the GP Fundholding scheme could have great potential for implementation in Canada. More specifically, in their 1998 book, Jérôme-Forget and Forget proposed the creation of group practices (referred to as “targeted medical agencies” or TMAs), made up of family physicians, specialists and other health care providers, which would be financially responsible for all the health care needs of their patients. Jérôme-Forget and Forget believe that TMAs as purchaser agents may be more cost-effective and efficient than having this role performed by regional health authorities:

*The goal of establishing physicians as the key decision makers in health care delivery is to decentralize medical decisions and financial responsibility to a level much closer to the patient. (...), many internal market reforms fall short of this objective by giving purchasing responsibility to fairly large organizations. Regional health authorities, (...), are primarily bureaucratic structures whose size makes it difficult to undertake the negotiation of contracts with providers on an individual basis. (...) The [international] experience with large purchasers indicates that they are unable to effectively promote efficient use of resources without resorting to tight regulation of physicians' behaviour – a technique at odds with Canada's tradition of physician autonomy. At the other extreme, a minimum size is necessary to take advantage of professional interaction among physicians as well as defray the additional administrative and management costs.*<sup>65</sup>

The Health Services Restructuring Commission in Ontario made a similar recommendation.<sup>66</sup> In their proposal, interdisciplinary health care teams remunerated mainly through funding by capitation would be given permanent and exclusive responsibility for all the health care needs of a given population. In addition, in their role as gatekeepers, these teams would establish contracts with other institutional providers in the region. Eventually, they would be given control over the entire health care budget pertaining to the population on their roster.

It must be acknowledged that, although this network of primary health care teams could be strongly recommended to the population, it would be impossible to force Canadians to adopt it. The Committee was told that one way to make it worthwhile for patients to agree to signing up with a primary health care team would be to introduce a negative financial incentive that would apply to patients who chose to consult with doctors who were outside the network of their chosen primary health care team.

Overall, the Committee believes that an “internal market” in which financial responsibility rests on primary health care teams should probably be established. We do,

---

<sup>64</sup> “Integrating Canada’s Dis-Integrated Health Care System”, p. 13.

<sup>65</sup> *Who is the Master?*, p. 111.

<sup>66</sup> See its report, *Primary Health Care Strategy*, op. cit., pp. 34-40.



however, understand that some provinces/territories may prefer delegating the purchasing responsibility to regional health authorities.

Once again, the Committee wishes to stress that flexibility will be required in applying this principle so as to take into account differences between the regions in terms of the size of their population, the rural/urban mix they contain and the number of health care providers and institutions within their jurisdiction. It is our intention to devote more attention to the second stage of reform in Volume Six.

## *Principle Fourteen*

**A national (not exclusively federal) strategy must be developed to achieve both an adequate supply and optimal use of health care providers.**

All national and provincial/territorial organizations representing health care providers that appeared before the Committee since the beginning of its health care study insisted that what is needed is a country-wide, long-term, made-in-Canada, human resource strategy coordinated by the federal government. Competition between the different jurisdictions for scarce human resources in health care is detrimental to the country.

It is important to stress that such a strategy must not be exclusively a federal one, with input only, or even primarily, from the federal level of government. It must involve all stakeholders, recognizing that the education and training of health care providers is a provincial/territorial responsibility.

The Committee welcomes the announcement last fall by the Minister of Human Resources Development about the funding of two important sectoral studies on the precise human resources needs for physicians and nurses. We believe that this is an important step towards the development of a national approach. Each of these studies will systematically analyze the labour market and culminate in the elaboration of a strategy designed to ensure an adequate supply of appropriately trained professionals.

The Committee strongly supports the involvement of all the key stakeholders in producing these studies. In Chapter 6, we present specific recommendations with respect to human resources in health care, including the creation of a permanent national coordinating body on health care human resources.

## 2.3 Evaluating Health Care

### *P*inciple *F*ifteen

**Accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of electronic health records (EHR) that can capture and translate information on system performance and outcomes.**

A system of electronic health records (EHR) is an automated provider-based system within an electronic network that provides complete patients' health records, including their visits to physicians, hospital stays, prescribed drugs, lab tests, and so on, all collected in accordance with a system of common standards applying to the data. Many witnesses viewed the EHR system as the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system that is able to improve both quality and accountability. Such a system is a necessary prerequisite to a truly patient-oriented health care system. A system of EHR is also essential if primary care reform is to be realized.

*The electronic health record (EHR) is the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system, quality improvement and accountability. Without it, the prospects for a patient-friendly health care system, optimal teamwork, and efficiency are dim.<sup>67</sup>*

All levels of government in Canada have recognized the importance of deploying a system of EHR. In fact, on September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to develop an EHR system over the next three years and to work collaboratively to develop common data standards to ensure compatibility of provincial health information networks and to ensure stringent protection of personal health information. The full deployment of a system of EHR was also endorsed by various provincial task forces and commissions on health care, including the Health Services Restructuring Commission report in Ontario, the Clair Commission in Quebec, the Fyke Commission in Saskatchewan and the Mazankowski report in Alberta.

In support of the agreement reached by First Ministers, the federal government committed \$500 million in 2000-01 to accelerate the adoption of modern information technologies in the health care system. The Committee was informed that this money has been invested in a not-for-profit corporation, known as Canada Health Infoway Inc., that will work with provinces and territories to create the necessary common components of an EHR over the next three to five years. We believe that this has the potential to constitute a major step towards the full integration of the various health federal/provincial/territorial infostructures.

---

<sup>67</sup> Saskatchewan Commission on Medicare (Kenneth Fyke, commissioner), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, April 2001, p. 68.



Considerable agreement exists among the provinces and territories and other stakeholders that the federal government should foster collaboration in this area. The Committee welcomes this collaboration between the federal government and the provinces and territories and encourages the federal government to play a leadership role in promoting a system of electronic health records that is consistent across the country, to the benefit of all Canadians.

Generally, patients want to tell their medical history only once, to have their tests and care coordinated and made available to the different health care providers they consult, and to have a more seamless integration of the health services they need. This can be achieved with an EHR. However, Canadians need to have confidence that protective mechanisms are in place that give access to patient records only to those people authorized by patients themselves. The EHR system needs to be developed in a manner that balances the needs of patients for privacy with respect to their personal health information against the needs of the system to be able to provide patients with the care that they require.

Perhaps the most important benefit to be gained from the deployment of EHR across the country is access to evidence-based information that will be used to assess quality of care, system performance, treatment outcomes and patient satisfaction. This will foster accountability and transparency in decision-making regarding health care delivery and policy and promote improvement in the quality of care.

Along with numerous witnesses, the Committee believes that accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of EHR that will capture and translate information on system performance and outcomes. It is our view that measuring outcomes must become an essential part of the health information system. Despite advances in recent years, we still do not have nearly enough knowledge about which procedures and treatments work most effectively, or, indeed, even how best to measure health outcomes. Moving towards a uniform EHR system will facilitate the monitoring and comparison of treatment outcomes across the country.

***The Committee believes that accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of EHR that will capture and translate information on system performance and outcomes. It is our view that measuring outcomes must become an essential part of the health information system.***

The Committee acknowledges that national standards are needed, both at the level of information gathering and processing and for guaranteeing confidentiality and privacy of patient health information, and reiterates its belief that the federal government can play a leading role in helping to bring this about. Our observations and recommendations with respect to health information systems are detailed in Chapter 4.

**Measuring treatment outcomes and system performance must become an essential part of the health information system. Such monitoring and evaluation of the health care delivery system should be performed independently at the national (not federal) level and be funded by government.**

As stated above, better information on access to care, quality delivery, system performance and patients' outcomes cannot be achieved without an expanded, long-term investment in information technology, including an EHR. During the Committee's hearings, witnesses stressed that partnerships among the provinces and territories, and the leverage of federal government funding for accelerated development, should be pursued.

Similarly, a recent report to the British Columbia Legislative Assembly stated:

*The federal government should be lobbied for designated funds to deal with this significant, Canada-wide need that if properly addressed will improve the functioning of the whole health care system and the health of all Canadians. The need is urgent.*<sup>68</sup>

While witnesses agreed that governments should finance the health information system, many of them were of the view that governments should not be responsible for assessing health data and evaluating quality and outcomes. They explained that, currently, evaluation is done by the same people responsible for paying for, and for providing, health services. There is no independent assessment of the outcomes and no external audit of the impact of the results. In this regard, the Premier's Advisory Council on Health (Alberta) stated:

*Tracking and monitoring outcomes and providing regular reports to the public is an essential way of improving quality in health care. However, when government and health authorities measure and assess their own outcomes and results, it can put them in a conflict of interest.*<sup>69</sup>

This Advisory Council recommended the establishment of a permanent, independent "Outcomes Commission" to track results, assess outcomes and report regularly to the population.

Similarly, in Saskatchewan, the Fyke Commission recommended the establishment of a "Quality Council", an evidence-based organization, working at arm's length from government. The mandate of this Quality Council would involve reporting regularly to the provincial legislature, as well as to the public on a variety of issues, including: trends in health

---

<sup>68</sup> Select Standing Committee on Health, *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*, Report to the British Columbia Legislative Assembly, December 2001, p. 29.

<sup>69</sup> Premier's Advisory Council on Health (Alberta), p. 68.



status, costs/benefits of health care interventions, clinical practices and clinical errors, evaluation of technology, equipment and drugs, etc. The Fyke report stressed that:

*(...) the Quality Council has the potential to depoliticize decisions, find creative solutions to long-standing problems, free the public from the tyranny of anecdote and ill-informed opinion about the state of care, and reveal where the system provides value for money and where it does not.<sup>70</sup>*

The Committee believes that it is essential to greatly improve the evaluation of our health care delivery system in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view of witnesses and provincial reports that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes. While such evaluation should be performed at arm's length from the funder/insurer, it should be financed by public funds.

***The Committee believes that it is essential to greatly improve the evaluation of our health care delivery system in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view...that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes.***

Moreover, it is the view of the Committee that such independent evaluation should be performed at the national (not federal) level. This would allow for the pooling of expertise, thereby making the most effective use of the limited human resources that are currently available in Canada, and result in major economies of scale. In addition, the smaller provinces, which would not otherwise be able to sustain a truly effective monitoring and evaluation system, would clearly benefit from the results of a national evaluation process.

The Committee believes that a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent evaluation. More precisely, this type of evaluation should be carried out at three levels:

- First, the role of the Canadian Institute for Health Information should be strengthened. In addition to its responsibilities in the public health field, it should take the task of reporting – preferably publicly – on the performance of all regions and of all institutional providers.
- Second, the Canadian Council for Health Services Accreditation would recommend on a regular basis how to correct deficiencies that were identified in institutions delivering health services. At present, this review is voluntary but it should be made mandatory.

---

<sup>70</sup> Saskatchewan Commission on Medicare, p. 81.

- Finally, the Citizens' Council on Health Care Quality would be responsible for advising on the development of quality standards and policy to promote improving the quality of health care institutions.

The extent of the authority devolved to each of the three organizations described above would have to be specified. For example, does each organization rely exclusively on public pressure and moral suasion, or should they be able to compel providers who do not meet agreed quality standards to implement changes? There are clearly many jurisdictional issues to be resolved, regardless of the exact mandate of such national evaluative bodies. But this is an issue that must be tackled – it can no longer be ignored.

***The Committee believes that a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent evaluation... There are clearly many jurisdictional issues to be resolved, regardless of the exact mandate of such national evaluative bodies. But this is an issue that must be tackled – it can no longer be ignored.***

## 2.4 Achieving a Patient-Oriented Health Care System

### *Principle Seventeen*

**Canada's publicly funded health care system should be patient-oriented.**

In a quality-focussed system, the first priority should be to ensure that individuals get the kind of health care they need and that they be given the tools and support they need to stay healthy.

In Canada currently, the health care system is organized around facilities and providers, not individual Canadians. People are expected to fit into the system and get service when and where the system can provide it.

In other countries, changes have been made to put more focus on patients. This includes introducing health charters or care guarantees to ensure that people get the care they need within a certain period of time and of acceptable quality. This also includes establishing a system in which funding follows the patient.

It is the view of the Committee that patients, at all times, must be at the centre of the health care system. Services should be coordinated around their needs for safe, timely and effective care. Ideally, the goal should be an integrated, cost-effective system characterized by closer working relationships between hospitals, long-term care facilities, primary care, home care, public health, etc.



However, putting patient needs at the centre of the health care system does not mean that anything the patient wants, the patient should get. Services provided by the health care system must be based on evidence that they are safe, effective, necessary and affordable.

The Committee believes that Canadians are entitled to health care that is safe, effective, patient-oriented, timely, efficient, equitable and affordable. In our view, the set of principles we have developed will lead to a better integration of the whole range of health services into a continuum of care in which the focus is really on the needs of patients.

*The Committee believes that Canadians are entitled to health care that is safe, effective, patient-oriented, timely, efficient, equitable and affordable.*

## *Principle Eighteen*

**Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.**

In Volume Four of its health care study, the Committee recalled that, when a national Medicare program was first debated, there was a suggestion that there should be an element of patient pay in health care. The term “patient pay” was used to mean that patients ought to pay something somewhere in the system.

Volume Four identified different forms of patient payment including user charges, premiums, medical savings accounts, income tax on health care, etc.<sup>71</sup> During its cross-country hearings, the Committee heard many concerns about establishing user charges paid at the point of service. On the one hand, we were told that user charges for publicly insured health care at the point of service reduce demand, and that they do so in a way that disadvantages those with low income.

On the other hand, witnesses stressed that the most expensive decisions that are made about patient care are those made by physicians, and are therefore not the responsibility of the patient.

In fact, most of the spending in the health care system and most of the waste in the system are beyond patient control; the major expenses, and the decisions which give rise to these expenses, are incurred by health care providers on behalf of their patients. These decisions are not made by the patients themselves.

Finally, witnesses pointed out that implementing modest user charges could incur such administrative costs that these costs would nearly equal the revenue generated from such charges.

---

<sup>71</sup> Volume Four, pp. 61-65.

The Committee believes that incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees that discourage access to medically necessary health services. Nor should such incentives discourage patients from receiving the treatment that health care providers believe they require. Access to hospitals and doctors should not depend on the income or wealth of individual Canadians. Studies have shown that the application of universal user fees does this and they should therefore not be used in Canada.

***The Committee believes that incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees that discourage access to medically necessary health services.***

Nevertheless, ways need to be found to encourage patients to use the health care system responsibly. One such way that has been proposed many times in the past is to provide each Canadian with an annual accounting of the amount of money that has been paid, on their behalf, for the health services they have received during the year. Other potential incentives need to be explored.

Making the patient aware of the costs of health services or removing the impression that they are all free is the logic behind many proposals. The philosophical principle behind these proposals is that if patients are knowledgeable about health care costs, they will understand the inherent pressures in the system and access it only when it is genuinely needed.

***The Committee believes that the key point in creating a cost-effective, sustainable health care system is not to discourage the use of the system, but to encourage appropriate use.***

They will also have a better understanding of the issue of fiscal sustainability in health care. The Committee believes that the key point in creating a cost-effective, sustainable health care system is not to discourage the use of the system, but to encourage appropriate use and to encourage people to take better care of their health.

## ***P*** ***Principle*** ***N*** ***Nineteen***

**Programs that enable people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given high priority. The federal government can play a leadership role in this regard.**

In 1974, the then federal Minister of Health, Marc Lalonde, released a working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians*. This report recognized the impact of individual behaviour on health outcomes, and stressed that individual Canadians should assume greater responsibility for their health.

Since then, many other reports have underscored the importance of encouraging Canadians to stay healthy. According to the report by the Premier's Advisory Council on Health in Alberta, this is the first step towards sustaining Canada's publicly funded health care system:



*It sounds like just good common sense, but perhaps the best way to sustain [the] health care system over the longer term is to take steps to enable people and communities to stay healthy.<sup>72</sup>*

During Phase Two of its study, the Committee was informed that the total cost of illness was estimated at \$156.4 billion in 1998<sup>73</sup>. Witnesses suggested that the economic burden of illness could be reduced by investing more in health promotion, disease prevention and population health. They stressed that many diseases, and most injuries, can be prevented.

However, they pointed out a strong tendency for government to focus on curing diseases, rather than on their prevention. For example, clinical treatment has been the most common chronic disease strategy and there has been only a limited will on the part of government to expend resources on health promotion and disease prevention. Outcomes of such programs are generally visible only over the longer term, and are therefore less attractive politically than money invested in health care facilities, such as hospitals.

Witnesses indicated that the federal government's role with respect to health promotion, disease prevention and population health is a well established one. Moreover, the federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health. The role of the federal government in the fields of health promotion, disease prevention and population health is addressed in Chapter 7.

## *P*inciple *T*wenty

**For each type of major procedure or treatment, a maximum waiting time should be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to receive immediately the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country.**

A report tabled with the Committee suggested that a monopolistic, non-competitive environment, combined with no cost of service at the point of service, contributes to growing waiting times for publicly insured health services:

*(...) in a system in which health services are free at the point of consumption, queuing is the most common form of rationing scarce health care resources. And since patient satisfaction plays no part in determining incomes or other economic rewards for health care providers and administrators in the public system, patient's time is treated as if it has no value. There are no penalties in the system for making people wait.<sup>74</sup>*

---

<sup>72</sup> Premier's Advisory Council on Health (Alberta), p. 14.

<sup>73</sup> Volume Two, p. 49.

<sup>74</sup> *Operating in the Dark*, p.8.

The following case was recently brought to the Committee's attention. An MRI done on April 19<sup>th</sup>, 2001, revealed that a patient had two herniated discs in his neck. As his condition was not improving, on May 24<sup>th</sup> of the same year he was placed on a waiting list for surgery. His condition was classified as 'elective but urgent', a category that includes most of the hospital's cancer surgery, with a guideline of surgery within 2 weeks. As of January 18<sup>th</sup>, 2002, that is, 8 months after being placed on the waiting list, the patient still had not undergone his surgery, and still does not know when it will be performed.

The Committee was told that this case illustrated what is called a 'static queue.' It is a waiting list that does not move because the people who are on it are always being bumped by more urgent cases. These higher priority cases occur at a faster rate than the queue is able to handle. The surgeon who was to treat the patient in question had 96 patients on his waiting list (about average for the four neurosurgeons on staff at the hospital), of whom 74 were graded elective but urgent, and could not guarantee a firm date for surgery for any of them.

It appeared that the only way for the patient in question to move to the top of the list was for his condition to deteriorate. It was not enough for him to be in constant pain and unable to work. Were he to experience actual paralysis, he could then be admitted through the emergency ward, and have his surgery within a few days. Otherwise there was no way to accelerate his surgery without denying someone else with an even more urgent case.

In spite of significant investments in the health care system in the past few years by all levels of government, public perception is that waiting times for selected services are continuing to grow. There is sufficient anecdotal evidence in support of that impression to lead to increasing worry on the part of Canadians that the health care system may not be there when they need it. On many occasions witnesses told the Committee that, if there is one thing Canadians should be able to expect from their publicly funded health care system, it is access to health services when they need them. Clearly, a truly patient-oriented health care system is one in which needed care is provided in a timely fashion.

In Sweden, the government enacted a "care guarantee" to ensure timely access to necessary health care. This guarantee established a maximum waiting time for diagnostic tests (90 days), certain types of elective surgery (90 days), and consultations with primary care doctors (8 days) and specialists (90 days). Sweden has also put in place a system where waiting times for major procedures are posted daily on a website. People can check the website and choose to go to the hospital with the shortest waiting times as long as they are prepared to travel and to use the next available physician.

Based on a review of the Swedish experience, the report of the Premier's Advisory Council on Health in Alberta recommended the establishment of a care guarantee of 90 days for selected services. According to the Advisory Council, this guarantee would provide an incentive for health care providers and regional health authorities to take appropriate action to manage and shorten waiting lists. Their report stressed that patients may need to give up their preference for a specific physician or hospital if they want to be treated within the 90-day period. In addition, if regional health authorities are unable to provide service within this period, they would have to consider other options, such as getting the service from another region. Services could be arranged from either a public or a private provider.



The Committee was told that the current lack of accurate information on waiting lists is a major impediment to the development of a care guarantee in Canada. There is, in fact, no standardized data on waiting lists in Canada. However, the Committee was told about a pilot project funded by Health Canada (through its Health Transition Fund) which, according to many witnesses, provides potential for effective management of waiting lists for elective health care. This pilot project – called the “Western Canada Waiting List Project” or WCWL – led to significant progress in the development of valid and reliable tools for evaluating and managing waiting lists in five clinical specialty areas: cataract surgery; general surgery (including breast cancer, colorectal cancer, inguinal hernia, and laparoscopic cholecystectomy); hip and knee replacement; MRI scanning; and children’s mental health.

The standardized waiting list developed by the WCWL is based on an assessment of a patient’s overall urgency (pain, suffering), clinical findings (x-rays, co-morbidity, psychopathology), as well as on an assessment of the impact of the disease on the patient’s quality of life. The Committee was told that this approach represents a fair and consistent way to rank-order patients waiting for needed elective care. It both promotes better use of health care resources and is patient-oriented.

The Cardiac Care Network in Ontario uses a similar methodology in the management of access to cardiac surgery in that province. The use of such priority scoring systems has the potential to yield a significant improvement to the health care system, as it has with heart patient cases in Ontario.

In the Committee’s view there are two main causes to the growing waiting list problem in Canada. First and foremost are the shortages of all types of human resources as well as of many types of diagnostic equipment. Second, there is a need to improve the management of waiting lists.

With regard to this second cause, it is clear to the Committee that more needs to be done to ensure the effective management of waiting lists. In the same spirit that it supports all efforts to improve the efficiency of the system, the Committee welcomes attempts to find better ways to manage waiting lists so that patients in the greatest need are tended to first and that wherever possible waiting times are kept to a minimum.

However, the Committee feels it is extremely important to recognize that better management of waiting lists will not, on its own, suffice to resolve the waiting line problem. This is because the more significant cause of the problem is a lack of human, technological and infrastructural resources, that has resulted from a series of decisions on the part of governments who have attempted to control costs over the past decade by reducing expenditure in these areas.

Beginning in the early 1990s, funding for the education and training of many categories of health care professionals was cut, as a way of reducing future as well as current health care expenditures. More generally, massive cuts in public spending on health care were made, especially during the first half of the decade. As a consequence, there is today a severe shortage of both people and equipment to meet the growing health care needs of the population.

One reason that this kind of cost-cutting has been attractive to government, and that they have been able to implement it relatively easily, is that, to date, government has not had to bear the costs that result from its decisions. Instead, these costs have been largely borne by patients who face longer waiting times and by the front-line professionals who have seen their conditions of work deteriorate and their ability to provide care diminish.

The Committee believes that, for each type of major procedure or treatment a maximum waiting time must be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to immediately receive the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country (the United States). The point at which the waiting time guarantee would kick in for each procedure would be based on an assessment of when a patient's health would deteriorate irreversibly as a result of waiting for the procedure. Waiting times would be established by scientific bodies using evidence-based criteria.

***The Committee believes that, for each type of major procedure or treatment a maximum waiting time must be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to immediately receive the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country (the United States).***

Since government has responsibility for ensuring the adequate supply of the essential service of hospitals and doctors, this responsibility carries with it the obligation to meet reasonable standards of patient service. This is the essence of a patient-oriented system and of the health care contract between Canadians and their governments.<sup>75</sup> A maximum waiting time guarantee of the type described in Principle Twenty would meet this obligation. Were it implemented, this guarantee would mean that government would have to shoulder the responsibility for not delivering needed care in a timely fashion. Increased waiting times would no longer represent a cost-free option for government, since they would be required to pay to have patients be treated in other jurisdictions.

The Committee feels that this would introduce a powerful incentive for government to deal with waiting times that exceed the agreed upon limits. It would also constitute a major step in re-establishing the health care contract between citizens and their government. (The exact nature of this contract is discussed in the next section.)

In closing the discussion of Principle Twenty, it is worth making the observation that using diagnostic and hospital facilities in the United States may be the most economical way of meeting the care guarantee. To meet maximum waiting times within Canada, it will be necessary for the health care system to have some excess capacity or redundancy in order to cover peak periods of demand for service. Whether it is cheaper to build such excess capacity in Canada or purchase it from the United States is an issue that will need to be studied if a care guarantee is implemented.

The Committee acknowledges that a care guarantee can only be implemented and enforced once consensus is reached on the definition, estimation and management of

---

<sup>75</sup> See section 2.5, below.



waiting times/lists. We believe that it is absolutely imperative that Canada move forward immediately with the setting of maximum waiting times for major categories of treatment. It is the next critical piece of work that needs to be addressed.

The Committee acknowledges that the care guarantee will cost money, particularly if many patients have to be sent to the United States for treatment because they have exceeded the maximum waiting time for the treatment they require. We have already noted in Section 1.1 that the current hospital and doctor system is not fiscally sustainable, and it is clear that it will be even less so when the costs of the care guarantee are added on to existing costs. Nonetheless, The Committee regards the care guarantee as an essential component of the health care contract between Canadians and their governments.

The Committee recognizes, as it has said several times in Chapters 1 and 2, that new sources of federal and provincial/territorial funding will be needed in order to implement the changes the Committee proposes. The Committee will discuss its specific federal funding proposals in its October report.

## **2.5 The Health Care Contract Between Canadians and their Governments**

In Volume Four, the “Issues and Options Paper”, the Committee endorsed two major public policy objectives for Canada’s publicly funded hospital and doctor system:

- *To ensure that every Canadian has timely access to all medically necessary services regardless of their ability to pay for those services, and*
- *To ensure that no Canadian suffers undue financial hardship as a result of having to pay health care bills.*<sup>76</sup>

The pursuit of these objectives has involved a “contract” between Canadians and their governments – federal, provincial and territorial. The nature of this contract is that Canadians have agreed to pay taxes to their governments who have then used the money to fund a universal, comprehensive, portable and accessible hospital and doctor insurance plan. Since the funder of the plan is government, the plan is described as being publicly administered.<sup>77</sup> (The principles of universality, comprehensiveness, accessibility, portability and public administration are the five principles of the *Canada Health Act*.)

The contract requires governments, acting as insurers, to meet the two policy objectives stated above. In particular, the contract requires governments – federal and provincial/territorial – to provide Canadians with access to publicly insured, medically necessary, hospital and doctor services in a timely fashion.

---

<sup>76</sup> Volume Four, p. 16.

<sup>77</sup> In a recent speech, the Honourable Monique Bégin, who was the federal Minister of Health when the *Canada Health Act* was introduced, said the following about the public administration conditions of the *Canada Health Act*: “Public administration” does not mean what the public believes it means. It is most misleading...[I]n Canada, the funding/financing is public but ... the delivery of services is private, in that physicians are not civil servants and hospitals have boards, not deputy ministers. The program criterion of the legislation reads as follows: “(...) the health care insurance plan (hospitals and doctors) of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority (...) responsible to the provincial government (...)” ... *Op. cit.* p. 6.

The problem Canadians face today is that, increasingly, timely access to all medically necessary services is not provided. Principle Twenty is designed to address this problem by forcing governments to meet reasonable standards of patient (customer) service, either in their own jurisdiction, elsewhere in Canada or, if necessary, in the United States. Meeting reasonable patient service standards is an essential part of the health care contract between Canadians and their governments. It is part of the bargain.

Another possible approach to making governments fulfill their part of the contract would be to use a patient's charter of rights as the means of enforcing maximum waiting time standards. Such an approach would be consistent with the Charter of Rights and Freedoms in that it would use the courts to enforce rights, in this case the right to timely treatment. Such an approach has been used with mixed success in Australia, New Zealand and the United Kingdom (see Section 7.5 of Volume Four of the Committee's study).

However, the Committee prefers the simpler and less legalistic approach of Principle Twenty. In choosing this approach, we acknowledge (as indicated in our discussion following Principle Twenty) that this would require that Canadians agree to pay for the improved, and more timely, access to service. If they so agree, then Canadians would, in effect, be choosing the second of the three options the Committee outlined at the end of Section 1.1.<sup>78</sup>

If, after public discussion, Canadians decide that they are not willing to pay more for hospital and doctor services, or if the insurer (government) decides not to implement the care guarantee as described in Principle Twenty, then the result would be that the first of the three options in Section 1.1<sup>79</sup> would have been selected, with continued rationing of services and continued lengthening of waiting times.

Under this circumstance, where there is no maximum waiting time guaranteed by the public insurer, the question must be asked: should Canadians who may find that their health is deteriorating while waiting for medically necessary care, have the right to buy private health care insurance to protect themselves against excessive waiting times, and to receive treatment in Canada? That is, should Canadians who can afford to do so have the right to purchase privately a care guarantee for service delivery in Canada? (Canadians already have the option of buying insurance to cover the costs of treatment provided outside Canada, namely in the United States. Such insurance products are now on the market in Canada.)

While the Committee hopes that this issue will never arise because the insurer will fulfill its part of the health care contract by meeting the policy objective of "timely access to all medically necessary services", it is important to recognize that the question raised at the start of the preceding paragraph will have to be addressed if Principle Twenty is not fully

---

<sup>78</sup> At the end of Section 1.1, having established that the current health care system is not fiscally sustainable, this report said that there are three basic options from which Canadians must choose as they deliberate about the future of our health care system. These are: (1) the continued rationing of publicly funded health services, either by consciously deciding to make some services available and not others (that is, by delisting some services), or by allowing waiting lists to continue to grow; (2) increasing government revenue, either by raising taxes directly or through other means such as health care insurance premiums, so that the rationing of services can be reduced and waiting lines shortened; (3) making services available to those who can afford to pay for them by allowing a parallel privately funded tier of health services, while maintaining a publicly funded system for all other Canadians.

<sup>79</sup> See preceding footnote.



implemented. If this question is answered in the affirmative, then the third of the options presented in Section 1.1<sup>80</sup> would have been selected.

## 2.6 Concluding Remarks

There are two themes which run through the set of principles presented in this chapter. The first is the need to restructure hospital and doctor care in order to make it operate more efficiently. The second is to make information about the system, its costs, its waiting times, its performance and its outcomes, available to the public in order to improve transparency and make decision-makers – funders and providers – more accountable to the public.

Both these themes are designed to re-establish the health care contract between Canadians and their federal, provincial and territorial governments. This involves, on the one hand, having Canadians understand where their health care dollars are being spent and why more money is needed in order to make the system fiscally sustainable. On the other hand, it involves pushing government to operate the system more efficiently than it is now and to improve service delivery under the contract by, among other things, putting a cap on the length of waiting time for various procedures.

These themes are driven, in part, by an important observation about Canadians' attitudes towards the health care system, made by Darrell Bricker and Edward Greenspon in their recent book, *Searching for Certainty*.<sup>81</sup> Based on extensive public opinion polling by Ipsos-Reid, Bricker and Greenspon conclude that Canadians will not support additional spending to close the gaps in the health care safety net until they see compelling evidence that the current health care contract with their governments is being honoured. In other words, the current system must be perceived by the public to be working reasonably well – that is, public confidence in the system must be restored – before Canadians will support its expansion.

The two themes of improved efficiency and increased transparency and accountability are designed to restore the confidence of Canadians in the health care system. Only once the twenty principles the Committee has outlined in this chapter have been implemented can Canada proceed to expand public coverage of health care services. The Committee believes that any such expansion will have to be done not by launching new universal programs, but by closing the gaps in the safety net, in particular with respect to drug therapy and home care.

The need to close these gaps is clearly illustrated by the fact that hospitals and doctors now account for only 46% of total health care expenditures.<sup>82</sup> Contrary to popular belief, and unfortunately contrary to most political rhetoric, Canada does not have a national health care system. Rather, it has a national hospital and doctor system, which now accounts for less than half of all health care expenditures.

Given the objectives of health care policy, as stated at the beginning of Section 2.5, the phrase “all medically necessary services” should be applicable to the full range of

---

<sup>80</sup> See footnote 78.

<sup>81</sup> *Searching for Certainty*, Inside the New Canadian Mindset, by Darrell Bricker and Edward Greenspon, Doubleday Canada, 2002.

<sup>82</sup> CIHI, December 2001.

health care services and not just to hospital and doctor services. This implies that some expansion of coverage – to close gaps in the health care safety net – is required if the objective of Canada's health care policy is to be met.

The Committee believes that restructuring Canada's publicly funded health care system in order to make it more efficient is necessary to ensure its long-term fiscal sustainability. It is our view that the experience of other countries with respect to internal markets in health care can be instructive in deciding what the elements of this restructuring should be. We believe that restructuring health care in Canada must be based on devising a set of incentives that will lead all participants to change their behaviour in ways which will benefit the system as a whole and patients in particular. Our list of twenty principles is intended to achieve this.

For example, implementation of Principle Seven<sup>83</sup> would give government an incentive to think carefully about the health care consequences of making changes to budgets for funding hospital and doctor services. Once Canadians are able to translate budget dollar amounts into service levels and numbers of procedures to be paid for, they will then be able to evaluate more clearly the appropriateness of the size of the health care budget and to engage their government in a meaningful discussion, including a discussion on whether they were willing to pay more taxes (or health care insurance premiums) in order to improve levels of services. Currently, such a discussion is not possible because Canadians do not have the information that would enable them to translate budget levels into levels of services delivered to patients.

Similarly, Principle Eight<sup>84</sup> gives institutions incentives to operate more efficiently by putting them in competition with one another. There may be a need to develop a specific set of incentives which are targeted at the managers of health care institutions (and perhaps even at their trustees or directors) and another set of incentives for the health care providers they employ. These questions will be further explored in the Committee's October 2002 report.

Principle Eleven<sup>85</sup> introduces incentives for behavioural change on the part of primary care providers that would lead to a more efficient primary care sector. In fact, experience suggests that when providers/institutions are given responsibility for decisions on health care spending, they tend to provide the right treatment in the most cost-effective manner.

Finally, Principle Eighteen<sup>86</sup> provides incentives for patients to use the health care system efficiently. This principle could, for example, require the imposition of a surcharge

---

<sup>83</sup> Principle Seven reads: The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.

<sup>84</sup> Principle Eight reads: In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service based funding.

<sup>85</sup> Principle Eleven reads: To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.

<sup>86</sup> Principle Eighteen reads: Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.



on patients who choose to seek treatment from providers outside of their chosen primary health care team.

In every part of our system of incentives, there is a critical need for appropriate and timely information. Principle Fifteen ensures that a system of electronic health records, linking all health care providers, will make the “right information” available in a timely fashion to the appropriate provider and provide a better way of allocating resources to the benefit of patients.

As was stated in the introduction to this section, and as was illustrated above, the theme of providing more information to the public also runs through our twenty principles. This information is needed for three reasons:

- first, to make more transparent the processes by which resource allocation decisions – principally with regard to money, but including human resources as well – are made;
- second, to enhance accountability on the part of the people, institutions and governments who make decisions about what types of services will be covered by public insurance and how much of any service will be provided;
- third, and perhaps most importantly, to change the public debate from a debate about dollars to a debate about services and service levels. Canadians have a right to debate the question of whether they are willing to pay more for improved levels of service. Canadians have a right to understand the linkages between funding levels and service levels. Changing the nature of the public debate about health care will be a significant step towards gaining public support for restructuring the publicly funded hospital and doctor system. Ultimately, this will lead to restoring public confidence in the system so that we can move on to closing the gaps that remain in the publicly funded health insurance system.

There is also a need for improved accountability throughout the system. Under Principle Thirteen, the introduction of an “internal market” in Canada’s publicly funded health care system would enhance the accountability both of health care providers/institutions and of governments.

Principle Twenty – the care guarantee principle – would make government accountable for meeting the timely access to treatment condition of its health care contract with Canadians.

The Committee has developed its twenty principles in recognition of the fact that Canadians want health care to be delivered equitably to all, based on need, not on income. In addition, consistent with our patient-oriented view (Principle Seventeen), our list of principles has been designed to address the primary concerns of Canadians with respect to the quality (Principle Sixteen) and timely provision of health services (Principle Twenty).

It is important to stress that the set of principles that the Committee has outlined in this chapter form an integrated whole. If one of these principles is rejected, then it may make the implementation of other principles in the set impossible.

A clear example is provided by the relationship between the first (single funder) and the last (care guarantee) principles. Should government refuse to introduce a waiting time guarantee (or should the public not wish to pay the additional funding that would be required to make the care guarantee a reality), it then becomes necessary to ask whether individuals should be allowed to buy private insurance that would enable them to have access to treatment by using a privately funded care guarantee. However, to allow people to purchase private insurance that would be used to pay for medically necessary services once the pre-defined waiting period has been exceeded would contradict Principle One which stipulates that there should be a single funder or insurer for all medically necessary hospital and doctor services.

The Committee does not advocate the introduction of private insurance and its preferred option is for all its principles to be accepted and applied. But it is necessary to be aware of the fact that if the set of principles is not embraced as a whole, then the rejection of one principle could very well lead to the undermining of others. In this case, the rejection of Principle Twenty could lead to Principle One being abrogated as well.

The Committee fully recognizes that its set of principles will be subject to close critical scrutiny. That is entirely understandable in such a value-laden public policy issue as health care. In fact, it is likely that each reader of this report will support his/her own unique subset of the principles.

We ask readers, however, to keep in mind that no major reform of any large system, particularly one as complex and deeply personal as the hospital and doctor system, is ever perfect. There is no perfect solution. Everyone involved will have to be prepared to compromise in order to make reform work for the benefit of all Canadians, and reforms will have to be tailored to the specific circumstances that prevail in the different regions of the country.

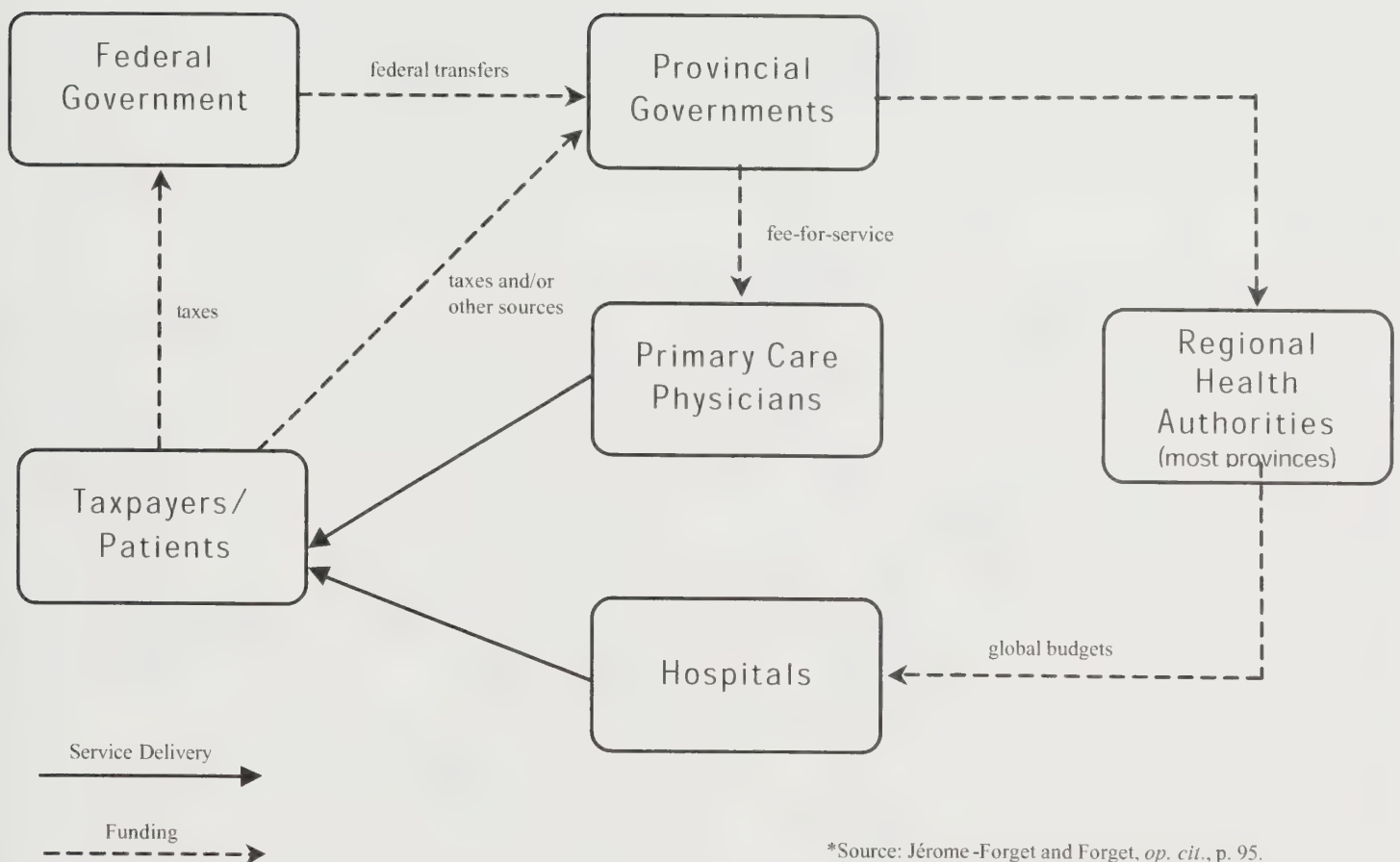
Insisting on perfection, or attempting to obtain everything one wants, will doom reform to failure. Similarly, reform will fail if people insist on addressing all health care problems before beginning to make progress on the hospital and doctor system. These tendencies, along with an excessive focus on self-interest by those employed in the system, explain why reform has failed in the past.

Recognizing the dangers, we have worked hard to develop a set of principles which we believe are pragmatic, middle of the road in ideological terms, workable and that will lead to substantial improvements in the hospital and doctor sectors of the health care system. We believe that a steady pace of reform is the way to make the restructuring and renewal of Canada's health care system possible.

We trust that those involved in the sector will consider the principles with the same pragmatic approach as the Committee and that everyone will be prepared to make some sacrifices in order to meet our common goal: having a fiscally sustainable health care system of which Canadians can be truly proud.



Figure 1  
*Current Structure of Publicly  
 Funded Health Care  
 Insurance\**



\*Source: Jérôme -Forget and Forget, *op. cit.*, p. 95.

Figure 2  
*Phase One Reform – The Introduction  
of Service Based Funding for Hospitals*

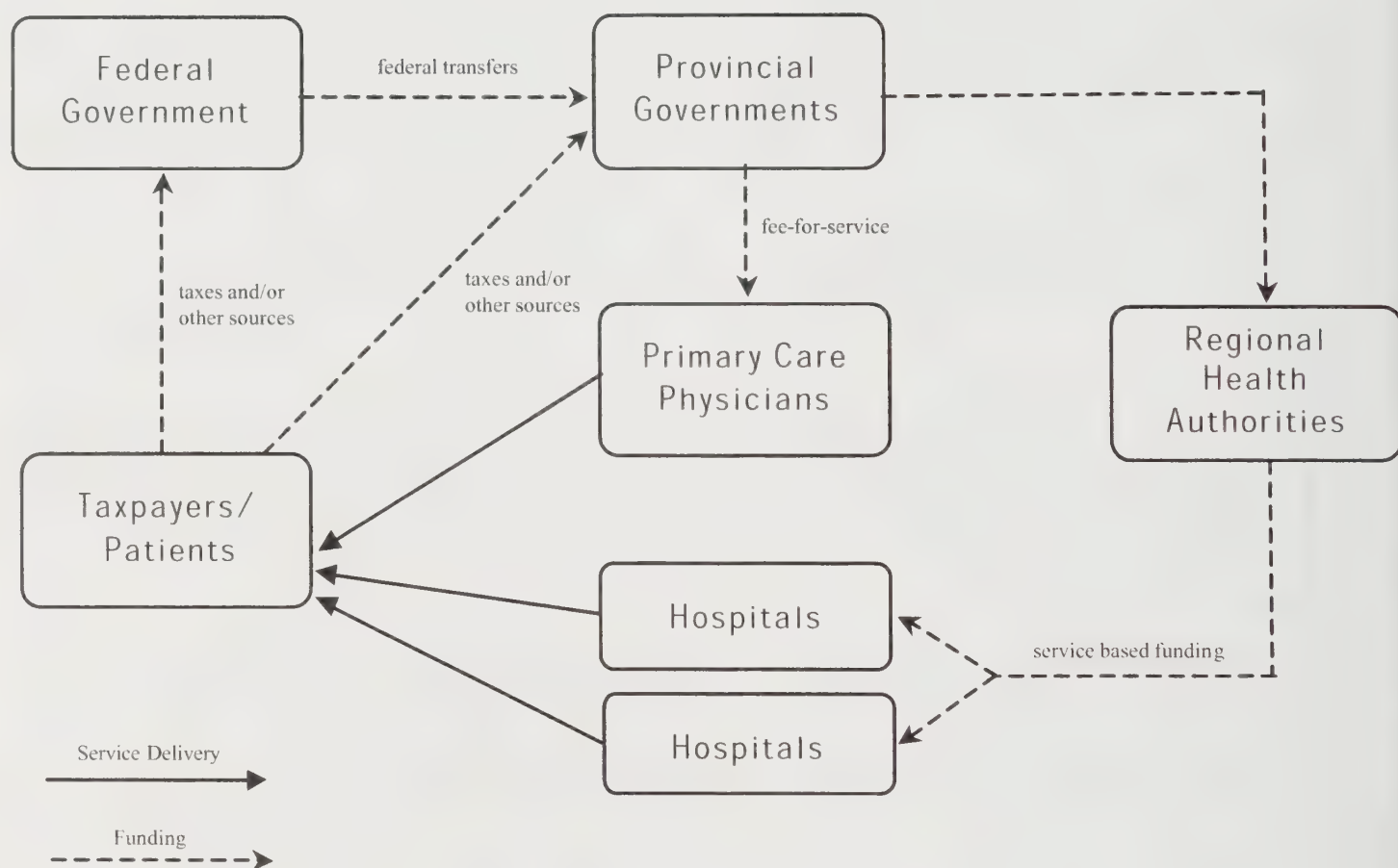
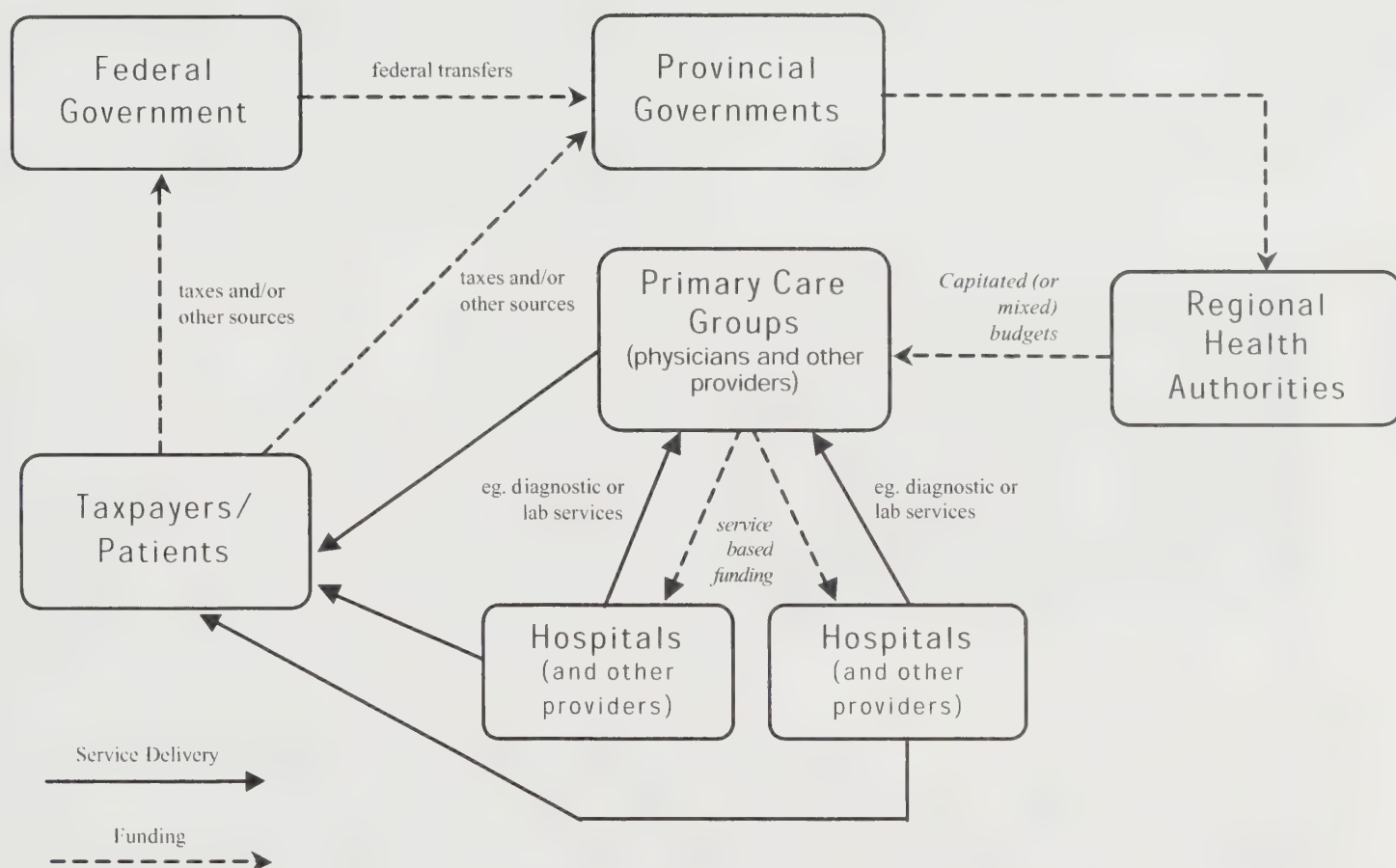




Figure 3  
*Phase Two Reform – Primary Care  
 Groups Purchase Services on Behalf of  
 their Patients*







## CHAPTER THREE

### FINANCING AND ASSESSING HEALTH CARE TECHNOLOGY

---

Health care technology is a very broad concept that can be defined as “the set of techniques, drugs, equipment, and procedures used by health care professionals in delivering medical care to individuals and the systems within which such care is delivered.”<sup>87</sup> Although this definition encompasses drugs, this chapter will discuss issues related to “hard” technologies only. Issues related to drugs will be addressed in the Committee’s Volume Six (October 2002).

Everybody agrees that health care technology constitutes an important component of health care delivery in advanced countries. Health care technology can improve the speed and accuracy of diagnosis, cure disease, lengthen survival, alleviate pain, facilitate rehabilitation, and maintain independence. For example, a brief tabled with the Committee by Medical Devices Canada (MEDEC) stated:

*Modern medical devices and technologies have not only improved the health outcomes for Canadian patients, but by enabling less invasive procedures and shorter hospital stays, have also supported cost-effectiveness in the health care system.<sup>88</sup>*

However, many concerns were raised during Committee hearings about the availability, financing and assessment of both new and existing health care technologies. The Committee believes that these issues need to be addressed if Canadians are to derive the maximum benefits health care technology can provide, while sustaining an affordable health care system.

***The Committee believes that the issues over the availability, financing and assessment of health care technology need to be addressed if Canadians are to derive the maximum benefits health care technology can provide, while sustaining an affordable health care system.***

#### 3.1 Availability of Health Care Technology

Despite the importance of health care technology in delivering quality health services, the availability of many new technologies is disproportionately low in Canada given its level of health care spending. In its Phase Two report, the Committee provided data that showed that, although Canada is the 5<sup>th</sup> highest among OECD countries in terms of total spending on health care (as a percentage of GDP), it is generally among the bottom third of OECD countries in the availability of health care technology. For example, Canada ranks 21<sup>st</sup> of 28 OECD countries in the availability of CT scanners, 19<sup>th</sup> of 22 in availability of lithotriptors,

---

<sup>87</sup> David Feeny, *The Generation, Evaluation and Application of Health Care Technologies in Canada*, Brief to the Committee, 29 March 2001, p. 5.

<sup>88</sup> Medical Devices Canada, *The Role of Medical Devices and Technologies in the Canadian Health Care System*, Brief to the Committee, 29 October 2001, p. 4.

and 19<sup>th</sup> of 27 in availability of MRIs. Its only favourable ranking is in the availability of radiation equipment, where it ranks 6<sup>th</sup> out of 17.<sup>89</sup>

Data also showed that this technology gap is widening. For example, Canada's deficit in the availability of MRIs worsened between 1986 and 1995 relative to other leading OECD countries including Australia, France, the Netherlands and the United States.<sup>90</sup>

***The availability of many of new technologies is disproportionately low in Canada given its level of health care spending. Data also showed that this technology gap is widening.***

The Phase Two report also stressed that availability is not the only issue with respect to health care technology. The "aging" of that technology is also of concern. For example, information provided to the Committee indicates that between 30% and 63% of imaging technology currently used in Canada is outdated. The outdated nature of health care technology depends on both the number of years of usage and the relative effectiveness of the equipment in terms, for example, of the quality of the image or the dose of radiation.<sup>91</sup>

It is not clear why Canada is not introducing and making use of health care technology at the same pace as other OECD countries and why it does not routinely replace aging equipment. Indeed, two factors seem to contribute to this situation. First, Canada imports most of its health care technology. This contrasts sharply with countries such as Germany, France and the United States which have a strong health care technology industry. This "trade deficit" in health care technology might be explained in part by low levels of government incentives towards the development of this industry in Canada. Second, fiscal pressures faced by all levels of government throughout the 1990s have resulted in low levels of capital investment in Canada's health care system.

Along with numerous witnesses, the Committee is concerned that the shortage of health care technology and the use of outdated equipment impede exact diagnosis and inhibit high-quality treatment. As stated in our Phase Two report, not only can this situation negatively impact on the health of a patient, but it also raises concerns about the liability of health care providers.<sup>92</sup>

***The Committee is concerned that the shortage of health care technology and the use of outdated equipment impedes exact diagnosis, inhibits high quality treatment and limits access to needed health care. Enhancing the availability of new health care technologies and the appropriate replacement of outdated equipment can serve to reduce waiting times and ensure timely access to the best available diagnoses and treatments.***

Moreover, the Committee is concerned that the deficit in health care technology has translated into limited access to needed care and lengthened waiting times. In our view, and in accordance with Principle Twenty enunciated in Chapter 2, timely access to

<sup>89</sup> Data are for 1997. See Volume Two, p. 38.

<sup>90</sup> Volume Two, p. 38.

<sup>91</sup> Volume Two, p. 39.

<sup>92</sup> Volume Two, p. 39-40.



diagnosis and treatment is a crucial objective that must be ensured in Canada's publicly funded health care system.

Overall, the Committee believes that health care technologies are key to providing Canadians with an optimal level of quality health care. Enhancing the availability of new health care technologies and the appropriate replacement of outdated equipment can serve to reduce waiting times and ensure timely access to the best available diagnoses and treatments. Faster and more effective services in turn have the potential to alleviate some of the cost pressures on the health care system in general.

### 3.2 Financing the Acquisition and Upgrading of Health Care Technology

As mentioned above, many witnesses stressed that fiscal pressures faced by all levels of government throughout the 1990s have resulted in low levels of capital investment in Canada's health care system. They suggested that the current deficit in health care technology requires a serious re-evaluation of the way in which equipment is acquired and funded in Canada. Moreover, witnesses contended that the aging of the Canadian population as well as increased public expectations will greatly influence future needs for health care technology. Accordingly, in addition to increased investment by governments, witnesses recommended that health care policy-makers should forecast future technology needs and develop an appropriate investment plan for action.

***Health care policy-makers should forecast future technology needs and develop an appropriate investment plan for action.***

The federal government has recently responded to the deficit in health care technology. In September 2000, it announced that it would invest a total of \$1 billion in 2002-01 and 2001-02, to assist provinces and territories in the purchasing of new medical equipment. This funding was made available upon passage of the legislation in October 2000, allowing provincial and territorial governments to start making immediate acquisitions of necessary diagnostic and clinical equipment.

Although witnesses have welcomed this injection of new federal funds, a number of concerns remain. First, witnesses indicated that some provinces have not applied for their share of this fund, possibly because the federal government requires matching grants and some of the smaller provinces have difficulty financing the provincial share of the matching funds. Second, additional resources are required to operate the equipment. Even if provinces can afford their share of the capital investment, they may have difficulty funding the ongoing operating costs.<sup>93</sup> Estimates provided to the Committee suggest that a \$1 billion investment in new equipment necessitates an additional \$700 million to cover operational costs.<sup>94</sup> Third, the investment does not address the problem of the old equipment that needs to be upgraded. It was estimated that a further \$1 billion investment would be required for the upgrading of

<sup>93</sup> Moreover, even if provinces can purchase health care technology, a shortage of technologists may hamper the full utilization of the new equipment. Similarly, once new technology is acquired, there is a need for training to enable technologists to operate new high-tech equipment. These issues are examined in more detail in Chapter Six.

<sup>94</sup> Canadian Association of Radiologists, *Timely Access to Quality Care – The Obligation of Government, the Right of Canadians*, Brief to the Committee, March 2001, p. 2.

existing equipment.<sup>95</sup> Fourth, even with this new funding, Canada would still not rank at a level comparable to that of other OECD countries. Lastly, the Committee heard that there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces and territories as to exactly where money targeted towards purchasing new equipment is actually spent.

Along with witnesses, the Committee welcomes the injection of new federal funds as an important step towards the acquisition of needed health care technology. We do, however, believe that additional funding is required. Such additional federal investment should be structured in such a way as to make the grant more attractive to the provinces and territories. We believe that, at the same time, the federal government should ensure

that any new funding for health care technology be spent on incremental purchases of medical equipment and not be used to subsidize already planned expenditures.

***The Committee welcomes the injection of new federal funds as an important step towards the acquisition of needed health care technology. We do, however, believe that additional funding is required.***

***(...)***

***Furthermore, we are concerned about the lack of accountability mechanism for ensuring that provinces and territories use federal funds in accordance with the intended purpose.***

Furthermore, the Committee is concerned about the lack of accountability mechanisms for ensuring that provinces and territories use federal funds in accordance with the intended purpose. This is why we feel, as stated under Principle Three (Chapter 2), that a better accountability mechanism is needed for targeted federal funds. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government initiate a long-term program to assist provinces and territories in financing both the acquisition and ongoing operation of health care technology. Such a program should incorporate clear accountability mechanisms on the part of the provinces and territories on their use of these targeted federal funds.**

Finally, it is the view of the Committee that the decision to acquire new health care technology should also be based on the appropriate assessment of its efficacy and cost-effectiveness. This issue is discussed in more detail below.

### **3.3 Investing More in Health Care Technology Assessment**

During Phase Two of its study, the Committee learned that health care technology assessment (HTA) provides information on safety, clinical effectiveness and economic efficiency. HTA often also considers the social, legal and ethical implications of the use of existing or new health care technologies. A brief tabled with the Committee explained:

---

<sup>95</sup> *Ibid.*



*Health Technology Assessment (HTA) is the process of evaluating medical technologies (devices, equipment, procedures and drugs) and their use. HTA researchers collect, synthesize and critically evaluate the available research on medical technologies. Based on an interdisciplinary approach, an assessment can encompass analyses of safety, efficacy, effectiveness, quality of life and patient use. Other important factors such as economic, ethical, and social implications and other effects which may be unintended, indirect or delayed, may also be considered.*<sup>96</sup>

HTA can assist in deciding whether a new technology should be introduced and when an existing technology should be replaced. More importantly, HTA contributes in many ways to improving the quality of health care: it ensures that health care technologies are effective, that they are applied in the appropriate cases and conditions, and that the least costly technology is used to achieve the desired outcome.

In recent years, the federal and provincial governments have supported the creation of various health care technology assessment agencies. The first provincial HTA agency in Canada was established in 1988 in Quebec – the *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec*. A national agency, the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) was established in 1989. The British Columbia Office of Health Technology Assessment was established in 1990. The Health Technology Assessment unit of the Alberta Heritage Foundation for Medical Research was established in 1996. Health services utilization agencies, with close links to their respective provincial governments, which undertake some HTA activities, have been formed in Manitoba, Ontario and Saskatchewan. At the national level, CCOHTA plays three major roles: it co-ordinates all HTA activities across the different jurisdictions; it attempts to minimize duplication by other national or provincial/territorial organizations; and it performs HTA activities on its own.

The Committee was told that, despite the work performed by these agencies, not enough attention is devoted to HTA in Canada. On a worldwide basis, Canada spends less in HTA activities than other countries with which Canada ought to at least be on a par. For example, all levels of government invest less than \$8 million in Canada (some \$4.3 million by CCOHTA and about another \$3 million by provincial agencies), whereas the United Kingdom provides some \$100 million to its national HTA body – the National Institute for Clinical Evidence (NICE). As a result, health care technologies are often introduced into Canada's health care system with only superficial knowledge of their safety, effectiveness and cost.

Martin Zelder, Director of Health Policy Research at the Fraser Institute, suggested that Canada should use the results of HTA undertaken offshore.<sup>97</sup> Other witnesses cautioned, however, that we cannot simply translate the results of HTA studies realized elsewhere. The application of foreign research is complicated by certain factors such as differences in demography and patterns of disease, differences in the costs of various health care resources, and differences in patterns of practice. Although CCOHTA shares information on health care technology with similar organizations in other countries, there are limits to the overlap in international technology assessments:

---

<sup>96</sup> Canadian Coordinating Office For Health Technology Assessment, Brief to the Committee, 29 March 2001, p. 2.

<sup>97</sup> Martin Zelder, *Evidence on Canada's Medical Technology Gap*, Brief to the Committee, 29 March 2001.

*The efficacy of the technology may generalize, the effectiveness may not, and definitely cost will not. A US cost effectiveness analysis is not a Canadian one. There are different relative prices embodied in those cost figures than exist in Canada.<sup>98</sup>*

Another important issue raised before the Committee relates to the poor dissemination of the evidence generated by HTA activities to health care providers and managers. An improvement in this regard would certainly raise the quality of health care delivery and strengthen the formulation of public health care policy.

Overall, the Committee agrees with witnesses that health care technology assessment is a critical activity and that more HTA needs to be undertaken when considering the introduction of a new technology or the replacement of existing medical equipment. We also agree that, given the rapid advancement in health care technology, the capacity to disseminate the outcomes of HTA activities should be enhanced. It is the view of the Committee that the federal government, through its role in financing

innovative health research, should devote more funding to the assessment of new and existing health care technologies. Therefore, the Committee recommends:

***The Committee agrees with witnesses that health care technology assessment is a critical activity and that more HTA needs to be undertaken when considering the introduction of a new technology or the replacement of existing medical equipment. We also agree that, given the rapid advancement in health care technology, the capacity to disseminate the outcomes of HTA activities should be enhanced.***

**That the federal government increase the funding it provides to CCOHTA and other HTA agencies.**

**That this additional funding be used to strengthen HTA capacity in Canada as well as to improve the dissemination and promotion of HTA findings to health care providers and managers.**

Finally, the Committee was told that little information exists in Canada about the precise contribution of technology to the costs of health care. Attempts to quantify the connection between technology and rising health care expenditures have suffered from a lack of reliable data. The majority of studies to date have treated technology as a “residual”, attributing to technology that portion of the increase in health care spending not accounted for by more easily identifiable factors.

Therefore, we do not know how much Canada spends on health care technology nor do we know the extent to which health care technology has an impact on the health and quality of life of Canadians. It is not possible to know whether the cost of health care technology represents an “add-on” or whether it is offset by reductions in the actual costs of the

<sup>98</sup> Committee Proceedings, 2<sup>nd</sup> Session, 37<sup>th</sup> Parliament, 29 March 2001 (5:20).



treatments they permit. Witnesses unanimously pointed to the need to undertake research in this area.

The Committee concurs with witnesses that there is currently an under-production of relevant and timely information on the costs and consequences of the use of health care technologies and that more research in this area would greatly benefit the whole health care system. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government provide additional funding to the Canadian Institutes for Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation to support research into the potential impact of health care technology on health care costs.**





## CHAPTER FOUR

### DEPLOYING A NATIONAL HEALTH INFOSTRUCTURE

---

Health care is a sector that relies intensively on information. With the “right information”, a health care provider can order the right treatment, prescribe the most appropriate medication or recommend the best preventive approach. With the right information, an individual is better able to make good decisions with respect to his/her health and lifestyle. With the right information, health care policy makers and managers can decide on how to allocate financial, physical and human resources in the most cost-effective and efficient way.

Currently, in Canada, it is often not possible to access the right information in order to deliver, manage and use health care. During the Phase Two hearings, the Committee was told that Canada’s health care system is not making use of modern information and communications technology to the same extent as do other information intensive industries. Witnesses suggested that greater use of information and communications technology would enhance the availability of, the accessibility to, and the sharing of the “right information”. This would significantly improve evidence-based decision making by health care providers, health care managers and health care policy makers, as well as by patients.

The use of information and communications technology in the field of health care is often referred to as “telehealth”. As explained in Volume Two of the Committee’s study, the telehealth applications that are envisioned in Canada for improving the sharing of the “right information” and enhancing health care quality include the following:

- a system of electronic health records (EHR). The EHR is an automated provider-based system within an electronic network that provides complete patients’ health records in terms of visits to physicians, hospital stays, prescribed drugs, lab tests, and so on.
- Tele-medicine and tele-homecare. These telehealth applications offer the possibility of delivering care over large and small distances.
- An internet-based health information network. The purpose of this network is to empower individuals to make informed choices about their own health and well-being, their health care system and health care policy.<sup>99</sup>

Telehealth is the foundation of what many Canadians call the “health infostructure”. Various components of a health infostructure are currently being implemented at all levels of government. However, these initiatives are all at different stages of development. In addition, they are isolated within organizations, institutions and provinces and currently constitute “a patchwork of unconnected projects, whose value would increase immensely if part of a coherent whole.”<sup>100</sup> The key challenge is to bring all these diverse infostructures together into a uniform and comprehensive information system. This challenge clearly requires federal

---

<sup>99</sup> Volume Two, pp. 106-108.

<sup>100</sup> Report of the National Conference on Health Info-Structure, February 1998, p. 19.

and provincial/territorial collaboration. As a first step, Canada needs to move towards the development of electronic health records.

#### 4.1 Establishing a System of Electronic Health Records

A system of electronic health records (EHR) is certainly the first step in gathering health-related information that will allow for evidence-based decision making throughout the whole health care system:

*With sound and timely information on health determinants and outcomes of previous decisions, health care providers will be able to make informed decisions in their patients' interests. With better understanding of health impacts and costs of previous actions, policy makers and managers will be able to make the evidence-based decisions needed to carry forward reform and sustain the health care system. Better health information will allow the general public to engage more fully in the health care policy debate and hold the health care system to account. As consumers, they will be able to shop around knowledgeably for the health care providers and services that meet their needs.<sup>101</sup>*

An important characteristic of an EHR system is that it can make patient data available to health care providers anywhere on a need-to-know basis by connecting interoperable databases that have adopted the required data and technical standards. The Committee believes that a system of EHR offers tremendous opportunities to integrate the various components of Canada's health care system which currently work in silos. We believe that, at

***The Committee believes that a system of EHR offers tremendous opportunities to integrate the various components of Canada's health care system which currently work in silos. We believe that, at the present time, the lack of integration impedes the establishment of a direct relationship between the inputs used in the health care system and the resulting outputs or outcomes.***

the present time, the lack of integration impedes the establishment of a direct relationship between the inputs used in the health care system and the resulting outputs or outcomes. This creates a significant barrier in evidence-based decision-making with respect to health and health care.

During the Committee's hearings, many witnesses described the EHR system as the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system that is able to improve both quality and accountability. Such a system, they stated, is a necessary prerequisite to a truly patient-oriented health care system. The Fyke report in Saskatchewan expressed similar views:

*The electronic health record (EHR) is the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system, quality improvement and accountability. Without it, the*

---

<sup>101</sup> Advisory Council on Health Info-structure, *Connecting for Better Health: Strategic Issues*, Interim Report, September 1998, p. 2.



*prospects for a patient-friendly health care system, optimal teamwork, and efficiency are dim.*<sup>102</sup>

In addition to the Fyke Commission, the full deployment of a system of EHR was also endorsed by other provincial commissions on health care, including the Health Services Restructuring Commission in Ontario, the Clair Commission in Quebec, and the Mazankowski report in Alberta.<sup>103</sup>

All levels of government in Canada have recognized the importance of deploying a system of EHR. In fact, on September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to develop an EHR system over the next three years and to work collaboratively to develop common data standards to ensure compatibility and interoperability of provincial health information networks and to ensure stringent protection of personal health information.

In support of the agreement reached by First Ministers, the federal government committed \$500 million in 2000-01 to accelerate the adoption of modern information technologies in the health care system. The Committee was informed that this money has been invested in a not-for-profit corporation, known as Canada Health Infoway Inc. (or *Infoway*), that will work with provinces and territories to create the necessary common components of an EHR over the next three to five years. Currently, *Infoway* is working on two different initiatives:

- First, it has created a National Registry of EHR that will document – organizationally, regionally, provincially and nationally – the state of developments in building EHR.
- Second, and jointly with CIHI and other stakeholders, it is developing coordinated and consistent standards for collecting, exchanging and sharing information in the pharmacy arena.<sup>104</sup>

The Committee believes that the work undertaken by *Infoway* represents a major step towards the full integration of the various health infostructures. We welcome this collaboration between the federal government and the provinces and territories. In our view, such collaboration should foster the development of a unique model of EHR. We believe that both Canadians and their publicly funded health care system will benefit most greatly if the system of electronic health records is national in scope. To achieve this, the federal government must provide leadership and the necessary resources. Therefore, the Committee recommends:

***We believe that both Canadians and their publicly funded health care system will benefit most greatly if the system of electronic health records is national in scope. To achieve this, the federal government must provide leadership and the necessary resources.***

<sup>102</sup> Saskatchewan Commission on Medicare (Kenneth Fyke, commissioner), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, April 2001, p. 68.

<sup>103</sup> Health Services Restructuring Commission (Duncan Sinclair, Commissioner), *Primary Health Care Strategy – Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, Government of Ontario, December 1999; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, Commissioner), *Les Solutions Émergentes – Rapport et recommandations*, January 2001; Premier's Advisory Council on Health (Right Hon. Don Mazankowski, Chair), *A Framework for Reform*, report to the Premier of Alberta, December 2001.

<sup>104</sup> According to information provided on Infoway's Website at <http://www.canadahealthinfoway.ca/>.



**That, once the three- to five-year period is over, the federal government provide additional financial support to Canada Infoway Inc. so that Infoway develop, in collaboration with the provinces and territories, a national system of electronic health records.**

The Committee is aware that the public has certain misgivings about the computerization and networking of personal health records, and more particularly in regard to the nature of the information gathered and how it is collected, stored and used. We concur with the Advisory Committee on Health Infostructure that guidelines for the collection, storage and use of information must be developed to ensure a harmonious integration. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, in collaboration with all stakeholders involved in the computerization of health records, define standards and rules for the collection, storage and use of such information.**

Perhaps the most important benefit to be gained from the deployment of EHR across the country is access to evidence-based information that will be used to assess quality of care, system performance and patient satisfaction. The EHR will also enable the evaluation of outcomes of various procedures. This will foster accountability and transparency in decision-making regarding health care delivery and policy and promote improvement in the quality of care.

#### **4.2 Evaluating Quality, Performance and Outcomes: the Need for Independent Assessment**

The Committee is convinced that long-term investment in information and communications technology, including an EHR, will allow the collection of better and more timely information on access to care, quality delivery, system performance and patients' outcomes. We also agree with witnesses that governments should finance the deployment of a EHR system and the development of a broader, health infostructure that is national in scope.

Moreover, we acknowledge the concern raised by many witnesses that, while governments must finance the EHR, they should not be responsible for assessing health data and evaluating quality and outcomes. These witnesses explained that, currently, collection and evaluation of health-related information is done by the same people who are responsible for paying for, and for providing, health services – that is governments. There is no independent assessment of outcomes and no external audit of the impact of various procedures on patients.

This concern was also raised in recent reports by provincial commissions on health care. For example, the Premier's Advisory Council on Health (Alberta) stated:

*Tracking and monitoring outcomes and providing regular reports to the public is an essential way of improving quality in health care. However, when government and health authorities measure and assess their own outcomes and results, it can put them in a conflict of interest.*<sup>105</sup>

This Advisory Council recommended the establishment of a permanent, independent “Outcomes Commission” to track results, assess outcomes and report regularly to the population.

Similarly, in Saskatchewan, the Fyke Commission recommended the establishment of a “Quality Council”, an evidence-based organization, working at arm’s length from government. The mandate of this Quality Council would involve reporting regularly to the provincial legislature, as well as to the public on a variety of issues, including: trends in health status, costs/benefits of health care interventions, clinical practices and clinical errors, evaluation of technology, equipment and drugs, etc. The Fyke report stressed that:

*(...) the Quality Council has the potential to depoliticize decisions, find creative solutions to long-standing problems, free the public from the tyranny of anecdote and ill-informed opinion about the state of care, and reveal where the system provides value for money and where it does not.*<sup>106</sup>

In other words, these provincial reports recommended that the role of the evaluator of the health care system be separated from that of the insurer and provider. This was also suggested in a recent report, which stated:

*(...) unbundling the functions – insurer, service provider, and evaluator of health care quality – that governments now play in the health care system (...) will improve incentives to collect information and make it widely available, allow consumers to hold providers accountable by abandoning those with unacceptable waiting times or treatment outcomes, and allow governments to exercise a more vigorous and demanding standard or regulatory oversight.*<sup>107</sup>

The Committee believes that the evaluation of our health care delivery system is essential in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view of witnesses

***The Committee believes that the evaluation of our health care delivery system is essential in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view of witnesses and provincial reports that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes.***

<sup>105</sup> Premier’s Advisory Council on Health (Alberta), p. 68.

<sup>106</sup> Saskatchewan Commission on Medicare, p. 81.

<sup>107</sup> Dr. David Zitner and Brian Lee Crowley, *Public Health, Private Secret*, Research Report, the Atlantic Institute for Market Studies, January 2002, p. ix.

and provincial reports that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes. While such evaluation should be performed at arm's length from the insurer and the provider, it should be financed by public funds.

Moreover, and as stated under Principle 16 (Chapter Two), it is the view of the Committee that such independent evaluation should be performed at the national (not federal) level. This would allow for the pooling of the expertise, thereby making the most effective use of the limited human resources that are currently available in Canada, and result in major economies of scale. In addition, the smaller provinces, which would not otherwise be able to sustain a truly effective monitoring and evaluation system, would clearly benefit from the results of a national evaluation process.

The Committee believes that such a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent health care system evaluation. More precisely, evaluation of this type should be carried out at three levels:

***The Committee believes that such a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent health care system evaluation.***

- First, the role of the Canadian Institute for Health Information (CIHI) should be strengthened. In addition to its responsibilities in the public health field, it should take the task of reporting – publicly or confidentially – on the performance of all regions and all institutional providers.
- Second, the Canadian Council on Health Services Accreditation should on a regular basis recommend how to correct deficiencies that it has identified in institutions delivering health services. At present, this review is voluntary; it should be made mandatory.
- Finally, the Citizens' Council on Health Care Quality should be responsible for advising on the development of standards and policy with respect to health care system performance and outcome evaluation.<sup>108</sup>

The extent of the authority devolved to each organization would have to be specified. Do they rely exclusively on public pressure and moral suasion, or would they be able to compel providers who do not meet agreed quality standards to implement changes? There are clearly many jurisdictional issues to be resolved, regardless of the exact mandate of such national evaluative bodies. But as a first step, the Committee recommends:

---

<sup>108</sup> The creation of a Citizens' Council on Health Care Quality was announced in the January 2001 Speech of the Throne. More precisely, the federal government stated that it will work with the provinces and territories to create this council whose objective will be to ensure that the public's perspective is considered in developing meaningful indicators of health system performance.



**That the federal government, in collaboration with the provinces and territories, undertake the establishment of a national system of evaluation on health care system performance and outcomes. Such a national system of evaluation should: 1) be built on existing expertise and institutions; 2) remain independent from governments; and 3) receive appropriate funding from the public purse. The federal government should devote substantial funding to this very important undertaking.**

### **4.3 Fostering Accountability**

Numerous witnesses acknowledged that the deployment of a system of EHR, that will capture and translate information on system performance and treatment outcomes, will enhance transparency in health care financing and delivery. Moving towards a uniform EHR system will also facilitate the monitoring and tracking of the use of public health care funds. This, overall, will foster accountability throughout the health care system.

But what does “accountability” mean exactly? In the view of the Committee, accountability refers to the obligation to demonstrate and take responsibility for system performance when measured against a set of agreed targets or goals. As mentioned in our Volume Four, there are two directions to government accountability. The first involves governments reporting to Canadians on their policies and programs with respect to health and health care (public accountability). The second involves provincial/territorial reporting to the federal government on the use of federal funding (government to government accountability).<sup>109</sup>

A major step towards greater public accountability was accomplished in February 1999 with the signing of the Social Union Framework Agreement (SUFA) by federal and provincial/territorial governments (excluding Quebec).<sup>110</sup> Under SUFA, federal and provincial/territorial governments are committed to increasing transparency and accountability to the Canadian public on social policy outcomes – including health care policy – so that Canadians can assess the performance of social programs. More specifically, SUFA states that each level of government agrees to:

- Monitor and measure outcomes of its social programs and report regularly to its constituents on the performance of these programs;
- Share information and best practices to support the development of outcome measures, and work with other governments to develop, over time, comparable indicators to measure progress on agreed objectives;
- Publicly recognize and explain the respective roles and contributions of governments.<sup>111</sup>

---

<sup>109</sup> Volume Four, p. 104.

<sup>110</sup> *A Framework to Improve the Social Union for Canadians*, An Agreement between the Government of Canada and the Governments of the Provinces and Territories, 4 February 1999.

<sup>111</sup> *Ibid.*

In addition to recognizing the need to strengthen public accountability, governments signatory to SUFA agreed to “use funds transferred from another order of government for the purposes agreed and pass on increases to its residents”.<sup>112</sup> In the view of the Committee, developing such information on the use of public funds would significantly contribute to government-to-government accountability.

Currently, provinces and territories are not required to report explicitly on their utilization of federal transfer payments provided under the Canada Health and Social Transfer (CHST). The government-to-government

accountability mechanism rests, at this moment, on compliance with the five principles of the *Canada Health Act*. This legislation also requires provincial

and territorial governments to voluntarily provide an annual statement describing the operation of their health care insurance plans as they relate to the principles of the Act. The information provided by the provinces/territories serves as a basis for the *Canada Health Act* annual report.

***In the view of the Committee, developing information on the use of federal funds would significantly contribute to government to government accountability.***

SUFA also provides for greater transparency and public accountability with respect to disputes related to the *Canada Health Act*. With respect to transparency, SUFA establishes a process for dispute avoidance and resolution that will apply to the interpretation of the principles of the Act and that “should be simple, timely, efficient, effective and transparent”.<sup>113</sup> With respect to public accountability, the Agreement states that “governments will report publicly on an annual basis on the nature of intergovernmental disputes and their resolution.”<sup>114</sup>

Such a dispute resolution mechanism for the interpretation of the *Canada Health Act* has not been developed yet. When they met in January 2002, provincial Premiers and territorial Leaders asked Premier Klein to take the lead in working with the federal government to finalize, by April 30, 2002, the process for resolution of disputes under the *Canada Health Act*. It is the hope of the Committee that such a dispute resolution mechanism will be available soon and that, as a result, progress will be made to enhance transparency and accountability in the interpretation and enforcement of the *Canada Health Act*. We believe that such progress would significantly contribute to the renewal and restructuring of health care in Canada.

#### **4.4 Ensuring Confidentiality and Protection of Personal Health Information**

The issue of privacy, confidentiality and security related to personal health information in the context of an EHR system, as well as in the broader context of a national health infostructure, was perhaps the most sensitive one raised during the Committee’s hearings on this question. While these three terms are sometimes used interchangeably, they are, in fact, entirely separate issues:

---

<sup>112</sup> *Ibid.*

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> *Ibid.*



- *Privacy* refers to the right of individuals to control their personal health information – including the collection, use and disclosure of that information.
- *Confidentiality* deals with the obligation of health care providers to protect the personal health information of their patients, to maintain secrecy and not misuse or wrongfully disclose it.
- *Security* refers to the set of standards in and around information systems that protect access to the system and the information it contains.

In other words, privacy drives the duty of confidentiality and the responsibility for security. Protection of privacy in Canada is a shared responsibility between the federal and provincial/territorial governments. Currently, the legal framework for protecting individual privacy is composed of a patchwork of various laws, policies, regulations and voluntary codes of practice. The Committee was told that the first step that needs to be made is to gain support for the harmonization of legislation and regulation across Canada so that the privacy of Canadians will be protected in a reasonably uniform way in matters of health across the country.

The Committee was pleased to learn that a resolution for the harmonization of legislation is being examined by all jurisdictions and that an agreement is expected soon. We also fully support *Infoway* in promoting a common position on information privacy, confidentiality and security relating to the deployment of EHR systems across the country.

Moreover, the Committee acknowledges that the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* or PIPEDA, promulgated in June 2000, has stimulated intensive debate and study of this question in the past two years. We are pleased that several groups in the health sector have seriously addressed many of the concerns raised by PIPEDA, and in particular, the need to protect personal health information, while at the same time allowing restricted use of such information for essential purposes such as health care management – which includes the provision, management, evaluation and quality assurance of health services – and health research.

Like other Canadians, the members of the Committee place a very high priority on the protection of personal health information. Though protection of personal health information is understandably of very high importance, we must recognize what else is at risk if access is summarily rejected because of perceived threats to privacy and confidentiality. This being said, the Committee believes that if Canadians are to allow restricted access to personal health information for essential functions, such as health research and health care management, it is imperative that their personal health information be adequately protected. Our main observations and recommendations with respect to privacy of personal health information are detailed in Chapter Five, under Section 5.7.4.

***Like other Canadians, the members of the Committee place a very high priority on the protection of personal health information. Though protection of personal health information is understandably of very high importance, we must recognize what else is at risk if access is summarily rejected because of perceived threats to privacy and confidentiality.***



## 4.5 Investing in Telehealth in Rural and Remote Communities

Not only can telehealth applications enhance the sharing of the right information among various health care providers and health care settings, but they also offer the possibility of delivering care over large distances. Telemedicine is a form of telehealth application that can greatly improve quality and timely access to care, particularly in rural and remote Canada.

As indicated in the Committee's Phase Two report, up to 30% of Canada's population lives in rural, remote and northern areas of the country.<sup>115</sup> Accessibility to health care is one of the four patient-oriented principles of the *Canada Health Act*. However, rural Canadians are increasingly voicing concern regarding disparities between services available in rural and remote areas and those in urban areas.

The federal government has responded to the concerns of rural Canadians in a number of ways. For example, the Office of Rural Health was established in September 1998 to ensure that the views and concerns of rural Canadians are better reflected in national health policy and health care system renewal strategies. In February 1999, the federal government announced funding of \$50 million over three years (from 1999-00 to 2001-02) to support pilot projects under the "Innovations in Rural and Community Health Initiative".

In June 2000, the federal government announced a National Strategy on Rural Health that it sees as an important milestone on the road to ensuring that all Canadians have reliable access to quality health care. Then, in July 2001, the federal government announced the establishment of a Ministerial Advisory Committee on Rural Health to provide advice to the federal Minister of Health on how the federal government can improve the health of rural communities and individuals.

The Committee believes that telemedicine is a critical component of the overall rural health policy of the federal government. In the context of rural health, telemedicine offers the following advantages: it addresses the shortage of rural health care providers and medical training; it improves rural health infrastructure; it allows for conformity with the accessibility principle of the *Canada Health Act*; and it ensures a more equitable development of health information systems across the country. Therefore, the Committee recommends:

***The Committee believes that telemedicine is a critical component of the overall rural health policy of the federal government.***

**That the federal government maintain its support to rural health and invest in telehealth applications that will enhance access to care and improve the quality of health services in rural and remote communities.**

Given the unique health and health care needs of rural and remote communities, the Committee has decided to devote specific hearings on this subject and to release a thematic report with detailed recommendations in the coming year.

---

<sup>115</sup> Volume Two, p. 137.

## 4.6 Investing in Tele-Homecare

Technology in various telehealth applications is seen as vital to the timely delivery of quality home care services. Tele-homecare offers numerous benefits by:

- Reducing unnecessary visits to emergency rooms;
- Reducing unscheduled visits to primary care physicians;
- Providing early intervention or prevention of repeat hospitalizations;
- Teaching the patient how to manage early symptoms, thus avoiding the development of an acute pathological condition, and
- Gathering information on vital signs' data fluctuations within a 24-hour period, an important component of differential diagnosis and early prevention.<sup>116</sup>

Witnesses told the Committee that tele-homecare is not a substitute for any of the already available health services. Rather, it complements and reinforces the health care infrastructure by providing a continuum of care with a particular focus on patient's needs.

As indicated in the Committee's Phase Two report, the ability to connect a patient's in-home monitoring equipment to local health care facilities over telephone lines is already a reality.<sup>117</sup> Other possibilities are close to realization. In fact, tele-homecare applications are numerous and include for example: telemedicine involving medical consultations, diagnosis, rehabilitation for the home care patient from a distance; tele-education for information exchange between health care providers and the home care patient; telemonitoring where patients undergoing hemodialysis, cardiac, oncological treatments can be monitored or elderly persons can be assisted at home.

According to the Office of Health and the Information Highway (Health Canada), Canadian tele-homecare is in its early stages of development. Several existing projects are utilizing a range of applications from a telephone information line equipped with high performance diagnostic software to a tele-monitoring device that can transmit vital signs data over the telephone line. Currently, tele-homecare projects in Canada are primarily directed at tele-monitoring and tele-consultation following a visit to the hospital or as a replacement for a visit. A number of large home care organizations are using information and communication technologies to transmit administrative and case management information by qualified personnel from the point-of-care to central databases and to community health information networks.<sup>118</sup>

Many witnesses pointed out the need to develop a national vision of home care in which tele-homecare plays a significant role. Once a national vision is clearly developed, specific tele-homecare activities, national in scope, should be developed. The success of such a national undertaking requires, according to witnesses, strong federal leadership along with

---

<sup>116</sup> Office of Health and the Information Highway, *Tele-homecare: An Overview*, Background Paper for Discussion, Health Canada, May 1998, p. 3.

<sup>117</sup> Volume Two, p. 107.

<sup>118</sup> See their website at [http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/tele/hmcare\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/tele/hmcare_e.html).



collective and immediate action on the part of all stakeholders. The Committee will detail its final recommendations on tele-homecare in its thematic report on home care.

#### **4.7 Investing in Internet-Based Health Information**

An Internet-based health information network is a system that empowers individuals to make informed choices about their own health and well-being, their health care and about health policy. Health information to the general public via the Internet could include for example: 1) general health information (health promotion and disease prevention); 2) information on treatment options and drugs, as well as on illness management (e.g. blood pressure, diabetes or obesity); information on public health issues (e.g. quality of air, water and food); 4) information on the effects of health determinants; 5) health and health care policies at the federal, provincial and territorial levels as well as the policies of other countries; 6) data on health outcomes of public policies; 7) accountability data (such as report cards on the performance of the health services and providers).

A recent report by the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Infostructure<sup>119</sup> stated that the public sector has a limited presence in providing health information to the public in an electronic form. According to the report, the most notable effort in Canada is the Canadian Health Network. The Canadian Health Network, which is a collaborative effort by the federal government and some health organizations across Canada, is considered by many as among the best in the world. The Network provides health promotion and disease prevention information to Canadians. The private sector, on the other hand, especially American firms, have entered this end of the market with highly specialized ventures providing dynamic, graphic information content. The criticism levelled at these private sector initiatives is whether their health-related information is objective and can be trusted, especially if the content is sponsored.

The report of the F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure stressed that, despite public and private sector initiatives, there is still significant amounts of information missing that the public would like to access, for example for certain population groups.

The F/P/T Advisory Committee recommended the creation of a national portal for the Canadian public that would provide comprehensive and trusted health-related information to support self-care decision making. This portal should build on the success of the Canadian Health Network and be strategically linked to provincial and territorial website services to ensure consistency of health-related information across Canada.<sup>120</sup> The national portal should allow better access by specific populations, which currently have restricted access to quality health-related information (e.g. Aboriginal Canadians, rural and remote communities, etc.).

The Committee believes that providing access to objective, trusted, health-related information can significantly improve the ability of Canadians to make health and health care

---

<sup>119</sup> F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure, *Tactical Plan for a Pan-Canadian Health Infostructure – 2001 Update*, Office of Health and the Information Highway, Health Canada, November 2001.

<sup>120</sup> Examples of provincial websites include BC's HealthGuide, Calgary Health Region's "Your Health", and CapitalHEALTHLink.



decisions. Consistent with Principle Nineteen (Chapter 2), it is our view that initiatives enabling people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given the highest priority. Based on this principle and on the observations by the F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure, the Committee recommends:

**That the federal government, in collaboration with the provinces/territories and stakeholders, develop a national health information portal, building on the success of the Canadian Health Network and the integration of provincial/regional portals.**

- **As a matter of priority, investments into this national portal should be made in locations where the basic systems infrastructure is inadequate, especially in rural, remote and Aboriginal communities. This would greatly enhance the capacity of all Canadians to access timely and objective electronic health information.**



Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie

De la série des rapports sur  
l'état du système de soins de santé au Canada

*La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*  
*Volume Cinq:*  
*Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I*

*Président*  
L'honorable Michael J. L. Kirby

*Vice-présidente*  
L'honorable Marjory LeBreton

AVRIL 2002





# TABLE DES MATIÈRES

---

TABLE DES MATIÈRES .....	i
ORDRE DE RENVOI.....	iii
SÉNATEURS .....	iv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE UN .....	5
UNE RÉFORME QUI REPOSE SUR DES RÉALITÉS FONDAMENTALES.....	5
1.1 Le système public de soins de santé du Canada n'est pas financièrement viable à long terme aux niveaux de financement actuels. ....	6
1.2 Les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la restructuration et le renouvellement du système de soins de santé.....	13
1.3 Il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les services de santé. ....	15
1.4 Principes directeurs de la restructuration et du financement du système canadien de soins de santé .....	21
CHAPITRE DEUX.....	25
PRINCIPES DEVANT GUIDER LA RESTRUCTURATION ET LE FINANCEMENT DU SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ .....	25
2.1 Financement (ou assurance) des soins de santé.....	25
2.2 Prestation des soins de santé .....	38
2.3 Évaluation des soins de santé .....	50
2.4 Pour un système de soins de santé axé sur le patient.....	55
2.5 Le contrat d'assurance-santé entre les Canadiens et leurs gouvernements .....	62
2.6 Conclusion.....	64
CHAPITRE TROIS .....	73
FINANCEMENT ET ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ .....	73
3.1 Disponibilité des technologies de la santé.....	73
3.2 Financement de l'acquisition et de la mise à niveau des technologies de la santé.....	75
3.3 Évaluation des technologies de la santé.....	77
CHAPITRE QUATRE .....	81
CREATION D'UNE INFOSTRUCTURE NATIONALE DE LA SANTÉ.....	81
4.1 Etablissement d'un système de dossiers de santé électroniques .....	82
4.2 Évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats : la nécessité de mener une évaluation indépendante .....	84
4.3 Favoriser la responsabilisation.....	87
4.4 Confidentialité et protection des renseignements personnels .....	89
4.5 Investir dans la télésanté dans les régions rurales et éloignées .....	90
4.6 Investir dans les télésoins à domicile.....	91
4.7 Investir dans un réseau d'information sur la santé accessible par internet .....	92

---

<b>CHAPITRE CINQ.....</b>	<b>95</b>
FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ .....	95
5.1 Assumer le leadership dans la recherche en santé.....	96
5.2 S'engager dans la révolution scientifique .....	99
5.3 Garantir un environnement de recherche prévisible.....	102
5.3.1 Le financement fédéral de la recherche en santé.....	103
5.3.2 La recherche fédérale interne en santé.....	105
5.4 Rehausser la qualité des services de santé et de la prestation des soins .....	107
5.5 Améliorer l'état de santé des populations vulnérables .....	109
5.6 Commercialiser les résultats de la recherche en santé.....	111
5.7 Respecter les normes d'éthique les plus élevées dans la recherche en santé .....	115
5.7.1 La recherche sur des sujets humains .....	116
5.7.2 Questions suscitées par la recherche sur des sujets humains .....	118
5.7.3 L'utilisation d'animaux dans la recherche.....	122
5.7.4 La confidentialité des renseignements médicaux personnels .....	124
5.7.5 La confidentialité de l'information génétique.....	129
5.7.6 Les situations possibles de conflit d'intérêts.....	130
<b>CHAPITRE SIX .....</b>	<b>133</b>
PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES SOINS DE SANTÉ .....	133
6.1 Une stratégie nationale pour réaliser l'autosuffisance en matière de ressources humaines de la santé .....	133
6.1.1 Pénuries de professionnels de la santé.....	133
6.1.2 Vers l'autonomie en ressources humaines de la santé .....	135
6.1.3 Accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé autochtones .....	138
6.1.4 Faire face à l'exode des cerveaux.....	140
6.1.5 La nécessité d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines de la santé.....	142
6.2 Ressources humaines de la santé et réforme des soins primaires.....	147
6.2.1 Soutien de la réforme des soins primaires .....	148
6.2.2 Études interdisciplinaires.....	152
6.2.3 Quel modèle adopter pour la réforme des soins primaires?.....	153
<b>CHAPITRE SEPT .....</b>	<b>159</b>
VERS UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION.....	159
<b>ANNEXE A .....</b>	<b>A-1</b>
LISTE DES PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE .....	A-1
<b>ANNEXE B .....</b>	<b>A-11</b>
LISTE DES TÉMOINS.....	A-11



## ORDRE DE RENVOI

---

Extrait des Journaux du Sénat du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- (a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé du Canada;
- (b) l'historique du système de soins de santé au Canada;
- (c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- (d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;
- (e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.



Extrait des Journaux du Sénat du mardi 11 décembre 2001 :

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Pépin,

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 1er mars 2001, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada, soit habilité à présenter son rapport final au plus tard le 30 juin 2003.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

## SÉNATEURS

---

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur l'état du système de soins de santé :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité

L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente du Comité

et

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck

Joan Cook

Jane Cordy

Joyce Fairbairn, C.P.

Wilbert Keon

Yves Morin

Lucie Pépin

Douglas Roche

Brenda Robertson

Membres d'office du Comité :

Les honorables sénateurs : Sharon Carstairs C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude :

Les honorables sénateurs Carney, Cochrane, Lawson, Léger, Maheu, St. Germain, Sibbeston et Stratton.

## INTRODUCTION

---

En décembre 1999, durant la deuxième session de la trente-sixième législature, le Sénat a confié au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie la réalisation d'une étude sur l'état du système de soins de santé et sur l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé. Il a renouvelé le mandat du Comité à la première session de la trente-septième législature. L'ordre de renvoi relatif à cette étude est libellé en ces termes :

*Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :*

- (a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;*
- (b) l'histoire du système de santé au Canada;*
- (c) les systèmes de santé publics dans d'autres pays;*
- (d) le système de santé au Canada - pressions et contraintes;*
- (e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé au Canada<sup>1</sup>.*

En réponse à ce vaste et complexe mandat, le Comité a relancé son étude pluriannuelle et pluridisciplinaire en mars 2001. L'étude devait initialement comporter cinq grandes phases, mais vu le volume considérable des témoignages qu'il a reçus et la complexité d'un bon nombre des questions à aborder, le Comité a décidé d'ajouter une nouvelle phase à ses travaux. Le rapport de cette sixième phase (le volume six) contiendra les recommandations du Comité sur la restructuration et le financement des soins de santé. On y traitera aussi des lacunes de plus en plus grandes de la couverture au niveau des médicaments et des services de soins à domicile.

Une fois le volume six terminé, le Comité entend examiner plusieurs questions particulières qui feront l'objet d'une série de rapports thématiques portant sur les sujets suivants : (1) la santé des Autochtones, (2) la santé des femmes, (3) la santé mentale, (4) les services de santé en région rurale, (5) la santé de la population, (6) les soins à domicile et (7) les soins palliatifs. Le tableau suivant indique les phases de l'étude et leurs échéances.

---

<sup>1</sup> Débats du Sénat (*hansard*), 2<sup>e</sup> session, 36<sup>e</sup> législature, volume 138, numéro 23, 16 décembre 1999.



## ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PHASES ET ÉCHÉANCES

Phases	Contenu	Échéance du rapport
Un	Contexte historique et aperçu	Mars 2001
Deux	Tendances futures, leurs causes et répercussions sur les coûts des soins de santé	Janvier 2002
Trois	Modèles et pratiques d'autres pays	Janvier 2002
Quatre	Document d'élaboration de solutions de rechange	Septembre 2001
Cinq	Principes de restructuration des services hospitaliers et des services médicaux et recommandations visant plusieurs enjeux de la santé	Avril 2002
Six	Recommandations quant au financement et à la restructuration des services hospitaliers et des services médicaux et aux lacunes de la couverture relativement aux médicaments et aux soins à domicile	Octobre 2002
Études thématiques	La santé des Autochtones, la santé des femmes, la santé mentale, les services de santé en région rurale, la santé de la population, les soins à domicile et les soins palliatifs	À déterminer

Le premier rapport du Comité, paru en mars 2001, brossait un tableau historique des mesures prises par le gouvernement fédéral pour aider les provinces à financer les services hospitaliers et les services des médecins. On y mettait surtout l'accent sur les objectifs qui avaient motivé à l'origine la participation du gouvernement fédéral aux soins de santé et l'on y posait certaines questions quant au rôle futur de celui-ci compte tenu de l'évolution des soins de santé (marquée par exemple par l'importance croissante de la pharmacothérapie, des soins hospitaliers ambulatoires, des soins à domicile et des soins de santé communautaire). Ce premier rapport contenait aussi un résumé de l'évolution des dépenses de santé et des indicateurs de la santé sur plusieurs décennies. Enfin, pour dégager la réalité du mythe, on y décortiquait de nombreuses idées reçues qui circulent sur la prestation et le financement des soins de santé au Canada. Ce premier rapport visait essentiellement à fournir des renseignements factuels et à dissiper les principales idées fausses qui font régulièrement surface dès qu'on parle de soins de santé au Canada.

Dans son deuxième rapport, le Comité passait en revue les grandes tendances qui influent sur le coût et la méthode de prestation des services de santé et leurs répercussions sur le financement à long terme du système par le secteur public. Il mettait l'accent en particulier sur l'accroissement des coûts qui résulte de l'évolution de la structure démographique de la population, de la hausse des coûts et de l'usage des médicaments et des technologies de la santé

et des changements dans la prestation des services de santé (par exemple, par le recours accru aux services ambulatoires, aux soins à domicile et à aux techniques de la télésanté). On y traitait aussi des questions qui entourent la recherche en santé, la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé (y compris de la pénurie de professionnels de la santé), des services de santé en région rurale, des tendances des maladies et de la santé de la population autochtone. Enfin, on y examinait comment une infostructure de la santé pourrait contribuer à améliorer la prestation des services de santé dans l'avenir.

Le troisième rapport du Comité portait sur le financement et la prestation des services de santé dans plusieurs autres pays (Australie, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis) et sur les objectifs de la politique des pouvoirs publics nationaux de ces pays en matière de santé, en mettant en relief les politiques et réformes les plus susceptibles de contenir des enseignements pour le Canada. On y examinait aussi brièvement le fonctionnement des comptes d'épargne-santé (CES) à Singapour, en Afrique du Sud, aux États-Unis et à Hongkong.

Le quatrième rapport du Comité décrivait les cinq rôles du gouvernement fédéral à l'égard de la santé et des soins médicaux : (1) financement, (2) recherche et évaluation, (3) infrastructures, (4) protection de la santé et (5) prestation de services. Pour chacun de ces rôles, le Comité a établi une liste d'objectifs, énuméré les contraintes et proposé plusieurs axes de réforme possibles. Ce rapport a suscité un vaste débat sur les problèmes à surmonter et les avenues de solution possibles.

Le présent rapport repose sur les témoignages recueillis durant des audiences tenues à l'automne 2001 et sur des informations obtenues lors des phases précédentes de l'étude. Au total, près de 300 particuliers et organisations ont fait connaître au Comité leur avis sur les solutions proposées dans le rapport de la phase quatre.

Ce cinquième rapport compte sept chapitres. Le chapitre un porte sur les trois réalités fondamentales du régime de soins de santé du Canada; on y énumère par ailleurs vingt principes qui, selon le Comité, devraient présider à la restructuration et au financement du système de soins de santé. Dans le chapitre deux sont exposés les facteurs qui ont motivé le choix des vingt principes énumérés au chapitre un. Le chapitre trois contient un résumé des observations du Comité quant au financement et à l'évaluation des technologies de la santé ainsi que ses recommandations à ce sujet. Le chapitre quatre traite des systèmes d'information sur la santé et le Comité y formule des recommandations en vue du déploiement d'une infostructure de la santé au Canada. Le chapitre cinq expose les vues du Comité sur la recherche en santé et le chapitre six présente ses observations et recommandations sur la planification des ressources humaines. Le chapitre sept fait la liste des principes qui, selon le Comité, devraient guider le rôle du gouvernement fédéral relativement à la santé de la population, et en particulier la santé des Autochtones.

Le sixième rapport du Comité, qui paraîtra en octobre 2002, contiendra des recommandations quant à la manière de concrétiser les principes énoncés dans les chapitres un et deux du présent rapport dans un plan d'action en vue de la restructuration du système de soins de santé. Il renfermera aussi une proposition précise visant à accroître les recettes du gouvernement fédéral de façon que celui-ci puisse assumer les coûts de l'augmentation de ses

responsabilités que nous recommandons dans le présent rapport et contribuer au financement du système de soins de santé.



# CHAPITRE UN

## UNE RÉFORME QUI REPOSE SUR DES RÉALITÉS FONDAMENTALES

---

Dans le présent chapitre et également dans le suivant, le Comité formule un ensemble de principes qui le guideront dans la formulation de ses recommandations sur la restructuration et le financement du système de prestation des soins de santé<sup>2</sup> et sur le rôle du gouvernement fédéral dans le renouvellement des soins de santé. Ces recommandations seront présentées en octobre 2002 dans le volume six de l'étude du Comité, après une série d'audiences durant lesquelles les parties intéressées communiqueront au Comité leurs vues sur l'application concrète de ces principes.

Certains des principes énoncés dans les chapitres un et deux sont à la base des recommandations des chapitres trois à six sur les technologies de la santé, l'infrastructure de la santé, la recherche en santé et la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Cet ensemble de principes reflète les principales constatations énoncées dans les trois premiers rapports de l'étude du Comité de même que les témoignages entendus durant les nombreuses audiences publiques que le Comité a tenues dans tout le pays à l'automne 2001. Les facteurs qui justifient chacun des principes énoncés à la fin du présent chapitre sont expliqués dans le chapitre deux. Il importe de noter qu'un grand nombre de ces principes reprennent certaines des observations et recommandations formulées récemment par des groupes de travail et commissions sur les soins de santé.

Dans l'ensemble, les principes énoncés reposent sur trois réalités fondamentales :

- le système public de soins de santé du Canada n'est pas viable à long terme aux niveaux de financement actuels;
- les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la restructuration et le renouvellement du système de soins de santé;
- il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les soins de santé.

Le Comité espère que les principes présentés dans le présent chapitre et au chapitre deux permettront à la population de mieux comprendre les divers problèmes à surmonter dans le régime canadien de soins de santé et de faciliter sa réflexion à ce sujet. Nous espérons aussi qu'ils nous permettront de clore le débat typiquement canadien sur la place du secteur privé dans le secteur de la santé et sur le partage des responsabilités entre le secteur

---

<sup>2</sup> Quand le Comité parle du « système de soins de santé », il est entendu que le Canada compte en fait 13 régimes interdépendants similaires mais non identiques, un dans chaque province et territoire.

public et le secteur privé. Le Comité estime en effet que cette controverse nuit à la réflexion et compromet souvent la recherche de solutions.

Les Canadiens doivent savoir que, dans toutes les provinces et tous les territoires, le secteur public et le secteur privé oeuvrent conjointement dans le secteur de la santé, comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des grands pays industrialisés. Le travail des médecins, par exemple, constitue une pratique privée, car seule une toute petite fraction d'entre eux sont employés par l'État ou par un organisme public. En outre, la plupart des hôpitaux appartiennent à un conseil d'administration représentant la collectivité qu'ils servent et sont administrés par lui (ou par une communauté religieuse dans certains cas), et ils fonctionnent en tant que société privée sans but lucratif. Par ailleurs, dans la plupart des provinces, les services de laboratoire diagnostiques sont dispensés par des entreprises privées à but lucratif pour le compte du régime public, et la grande majorité des pharmacies sont des entreprises privées.

Le Comité tient à répéter qu'il est indispensable que les Canadiens soient prêts à envisager de nouvelles manières d'assurer la prestation des soins de santé si nous ne voulons pas nous priver de solutions qui permettraient de soutenir notre système public de soins de santé. Dans son rapport provisoire, Roy Romanow a bien insisté sur ce point :

*Nous nous devons de définir clairement les valeurs que les Canadiens veulent voir reflétées dans leur système de soins de santé par le truchement des politiques et des programmes. Dans le passé, il a été très difficile de progresser dans le dossier en raison des positions intransigeantes qui ont été prises par les protagonistes. Ce genre de débat acerbe ne permet nullement d'avancer sur la voie du consensus et d'adopter une orientation ou des mesures pour asseoir notre système de soins de santé sur des bases plus solides. Nous nous devons d'être réceptifs aux nouvelles idées et aux nouvelles solutions. Nous devons être disposés à nous lancer dans un débat ouvert et franc sur les avantages et les inconvénients de chacune des nouvelles idées, puis nous devons être prêts à prendre les mesures qui s'imposent<sup>3</sup>.*

Passons maintenant à l'examen des trois réalités fondamentales précitées.

### **1.1 Le système public de soins de santé du Canada n'est pas financièrement viable à long terme aux niveaux de financement actuels.**

Le débat sur le financement du régime de soins de santé tourne essentiellement autour de la question de la viabilité. À cet égard, il importe d'apporter certaines précisions. Le Comité tient à dire que par assurer la viabilité du système

***Pour le Comité, un régime de soins de santé financièrement viable est un système sur lequel les Canadiens peuvent compter maintenant et pourront compter dans l'avenir, compte tenu des moyens de l'État et de la volonté de payer des contribuables. Ce n'est pas un système qui peut offrir automatiquement tous les services de santé au moment précis où on les voudrait. Ce n'est pas non plus un système parfait.***

<sup>3</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Roy Romanow, président), *Préparer l'avenir des soins de santé*, rapport provisoire, février 2002, p. 4.



on ne veut pas dire préserver le statu quo quant à la structure du régime ni offrir automatiquement tous les services de santé au moment précis où on les voudrait. Qui dit système viable ne dit pas système parfait. Nous estimons qu'un système de santé viable doit être en mesure d'offrir à la population un niveau de soins approprié compte tenu des besoins, aujourd'hui et dans l'avenir, et doit être capable de s'adapter à l'évolution de la réalité.

Vu la structure actuelle du système public de soins de santé, les questions concernant la pérennité et la viabilité financière du régime sont intimement liées. Pour le Comité, un régime de soins de santé financièrement viable est un système sur lequel les Canadiens peuvent compter maintenant et pourront compter dans l'avenir, compte tenu des moyens de l'État et de la volonté de payer des contribuables. C'est dire qu'il faut tenir compte de deux contraintes : la volonté des contribuables de payer et la nécessité pour tous les ordres de gouvernement, pour les fins de l'expansion économique, de maintenir les taux d'imposition à un niveau relativement compétitif par rapport à ceux des autres pays de l'OCDE et en particulier des États-Unis.

Le système public de soins de santé du Canada est-il financièrement viable? Pour répondre à cette question, il faut déterminer s'il faut davantage de ressources financières et si l'on peut exploiter d'autres sources de financement compte tenu des deux contraintes précitées. Il faut donc commencer par examiner les tendances actuelles et projetées des dépenses de santé.

Selon des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses de santé publiques et privées au Canada ont dépassé 95 milliards de dollars en 2000, ce qui représentait une progression de 6,9 % par rapport à l'année précédente. Même après correction pour tenir compte de l'inflation et de l'accroissement démographique, on constate une augmentation de 4,1 % en termes réels entre 1999 et 2000.

La progression des dépenses de santé s'accélère. En fait, les dépenses réelles par habitant croissent beaucoup plus vite actuellement qu'à n'importe quelle autre période depuis les années 80. En outre, les projections témoignent de l'existence de facteurs qui tendent à faire grimper les dépenses de santé :

- **Coût des médicaments** – Les coûts des médicaments comptent actuellement pour plus de 15 % des dépenses totales (publiques et privées) en soins de santé. On s'attend à un total de 14,7 milliards de dollars pour 2000, une hausse de 9 % par rapport à 1999. Dans le volume deux de son étude, le Comité avait fait remarquer qu'entre 1999 et 2000, les dépenses de médicaments par habitant avaient progressé de près de 93 %, soit plus du double de l'augmentation des dépenses générales en soins de santé (40 %)⁴. Des médicaments originaux et efficaces mais extrêmement coûteux feront leur apparition sur le marché canadien d'ici les dix prochaines années (notamment peut-être un vaccin contre le sida, une nouvelle cure immunologique contre le diabète juvénile, etc.), ce qui fera grimper encore plus le coût total des médicaments.
- **Technologies nouvelles** – Le Canada doit investir davantage dans les technologies de la santé et les systèmes d'information sur la santé. Le Comité

---

⁴ Volume deux, p. 20.



précisait, dans le rapport de la phase deux de son étude, que chaque tranche d'un milliard de dollars d'investissement dans l'achat d'appareils neufs exige une somme supplémentaire de l'ordre de 700 millions de dollars pour couvrir les coûts de fonctionnement et d'entretien des machines. Il faudrait en fait dépenser 5 milliards de dollars de plus pour jouir d'un niveau d'équipement en nouvelles technologies analogue à celui des autres pays de l'OCDE. De même, on estime qu'il faudrait entre 6 et 10 milliards de dollars (ou entre un et 1,25 milliard de dollars annuellement) pour instituer une infrastructure de la santé complète au Canada<sup>5</sup>.

- **Vieillessement de la population** – En 1998, 12 % des Canadiens avaient 65 ans ou plus, et plus de 43 % des dépenses de santé des provinces et des territoires concernaient les personnes âgées. D'après des chiffres de Statistique Canada, les personnes âgées constitueront 14,6 % de la population en 2010, et le pourcentage passera à 23,6 % lorsque le gros de la génération du « baby boom » aura pris sa retraite en 2031. Des interventions coûteuses qu'on ne pratiquait pas autrefois sur les personnes âgées leur sont maintenant offertes de plus en plus couramment<sup>6</sup>. On estime que le vieillissement de la population fera augmenter à lui seul de 1 % par an les dépenses totales de soins de santé. Cela peut paraître peu, mais il s'agit en fait d'environ un milliard de dollars de plus par an.
- **Coût des ressources humaines** – Les coûts de main-d'œuvre représentent environ les trois quarts des dépenses de soins de santé. Selon le conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé (le rapport Mazankowski), plus de la moitié de l'accroissement du budget de la santé en 2001-2002 a été consacré aux augmentations salariales. La rareté des ressources humaines dans le secteur de la santé va vraisemblablement contribuer à alimenter cette tendance pas seulement en Alberta, mais partout au Canada.
- **Recherche en santé** – Un niveau sans précédent de financement de la recherche en santé va entraîner une explosion de technologies et de médicaments nouveaux. Cette année, on consacrera l'équivalent d'environ 40 milliards de dollars américains à la recherche en santé dans l'ensemble des pays du G-7, ce qui aboutira à des technologies efficaces mais chères dans les domaines de la génomique, de la protéomique<sup>7</sup>, de la nanotechnologie<sup>8</sup>, etc.

---

<sup>5</sup> Volume deux, p. 43 et p. 118.

<sup>6</sup> Certaines interventions cardiaques (comme l'ACTP) progressent de 12 % par an chez les personnes âgées, les chirurgies des articulations (comme le remplacement du genou) augmentent à un rythme de 8 % par an et la dialyse rénale est en hausse de 14 % par an dans ce groupe d'âge (à un coût de 50 000 dollars par an /par patient).

<sup>7</sup> La protéomique est l'analyse systématique de toutes les séquences protéiques et du mode d'expression des protéines dans les tissus. Les gènes codent des protéines qui effectuent toutes les activités fondamentales à l'intérieur des cellules. Les protéines sont des machines moléculaires qui exécutent des instructions génétiques. Des maladies et problèmes de santé divers sont liés à des anomalies de la production des protéines ou de leur fonctionnement.

<sup>8</sup> La nanotechnologie est de la fabrication moléculaire ou, plus simplement, la fabrication d'éléments un atome ou une molécule à la fois. Un nanomètre, c'est un milliardième de mètre (largeur de trois ou quatre atomes). La nanotechnologie propose la construction de mécanismes moléculaires innovateurs possédant des propriétés

- **Augmentation des attentes de la population** – De nombreux analystes ont noté que les exigences de la population vont avoir un impact considérable sur les coûts futurs. D'ailleurs, Roy Romanow le fait bien remarquer dans son rapport provisoire : « L'un des principaux facteurs d'augmentation au cours des dernières décennies a été l'évolution de nos attentes. De nos jours, nous voulons ce qu'il y a de mieux en matière de technologie, de traitements, d'installations, de recherche et de médicaments, et, par conséquent, nous dictons à nos gouvernements des impératifs qu'il leur est impossible de maintenir au fil des ans »<sup>9</sup>. En fait, les Canadiens ont une attitude plus nord-américaine qu'européenne au niveau des attentes. Plus précisément, 64 % des Canadiens sont très intéressés par les nouvelles découvertes médicales, contre 66 % des Américains et 44 % des Européens.
- **Restructuration des soins médicaux** – La restructuration et le renouvellement du système de soins médicaux vont coûter extrêmement cher. On estime par exemple que l'établissement d'équipes de soins de santé primaires coûtera en moyenne un million de dollars par équipe.
- **Lacunes du système** – Comme l'a fait remarquer le Comité dans son quatrième rapport, la couverture du régime de soins de santé présente d'importantes lacunes, notamment pour ce qui est des médicaments et des soins à domicile. Par exemple, un certain nombre de Canadiens ne sont pas protégés contre l'éventualité de coûts de médicaments exorbitants. De même, beaucoup de personnes sont mal servies lorsqu'elles ont besoin de soins à domicile. Si le Canada veut se doter de normes nationales pour tous les soins de santé et pas seulement pour les services hospitaliers et les services médicaux comme c'est actuellement le cas, il va manifestement falloir que le gouvernement affecte davantage d'argent au régime pour en élargir la couverture et en combler les lacunes.

Étant donné le caractère public du système canadien de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins, les facteurs que l'on vient d'énumérer vont peser lourd dans les budgets des administrations publiques à court et à long terme. On en fait d'ailleurs état dans le rapport de 2000 des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé sur les facteurs de coût<sup>10</sup> ainsi que dans de nombreux documents remis au Comité.

Par exemple, dans un rapport préparé pour l'Association des hôpitaux de l'Ontario, on indique que près de 38 % des dépenses de programme totales ont été consacrées aux soins de santé en 2000-2001, en hausse de 33 % par rapport à 1992-1993<sup>11</sup>. Pour sa part, la Fédération des contribuables canadiens prévoit que cette proportion atteindra 50 % dès 2007 en

---

extraordinaires. Les possibilités sont nombreuses et comprennent notamment des ordinateurs microscopiques, des milliards de fois plus rapides que les ordinateurs actuels, qui pourraient diriger des machines qui patrouilleraient notre organisme, des systèmes immunitaires artificiels, et des machines qui pourraient réparer les cellules à l'échelle moléculaire et peut-être même stopper, voire renverser, le processus du vieillissement.

<sup>9</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Roy Romanow, président), *Préparer l'avenir des soins de santé*, rapport provisoire, février 2002, p. 25.

<sup>10</sup> Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, *Understanding Canada's Health Care Costs – Final Report*, août 2000.

<sup>11</sup> TEAQ Associates, *Getting the Right Balance : A Review of Federal-Provincial Fiscal Relations and the Funding of Public Services*, document préparé pour l'Association des hôpitaux de l'Ontario, décembre 2001, p. 21.



Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick<sup>12</sup>. De même, Le Conference Board du Canada estime que, entre 2000 et 2020, les dépenses publiques en santé par habitant (corrigées de l'inflation) croîtront de 58 %, tandis que les dépenses publiques par habitant au titre de tous les autres programmes et services gouvernementaux n'augmenteront que de 17 % durant la même période<sup>13</sup>.

Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé fournit la meilleure indication des pressions à court terme qui s'exercent sur les gouvernements chargés de financer la santé. Durant les audiences que le Comité a tenues dans tout le pays, plusieurs personnes, notamment des administrateurs de services de santé, des fournisseurs de soins de santé et des consommateurs ont exprimé de vives inquiétudes au sujet de l'augmentation des coûts des soins médicaux et des répercussions de cette progression sur les budgets des pouvoirs publics et sur les soins aux patients. Le Comité conclut de ces témoignages et d'informations provenant de nombreuses autres sources que, aux niveaux de financement actuels, l'augmentation des coûts compromet la viabilité financière du système public de soins de santé.

Certaines personnes et organisations pensent qu'on pourrait économiser de l'argent et éviter ainsi d'avoir à chercher de nouvelles sources de financement simplement en améliorant l'efficacité du régime. Le Comité a insisté à maintes reprises sur l'importance cruciale d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'administration et de la prestation des services de santé. Dans la même veine, la commission Fyke de la Saskatchewan a fait observer qu'il serait irresponsable d'augmenter les dépenses de santé sans pour autant corriger les problèmes sous-jacents du système actuel<sup>14</sup>. D'ailleurs, une bonne partie des principes décrits dans le chapitre suivant sont conçus pour aboutir à un régime plus efficace que le régime actuel.

Nous avons cependant toujours dit que rien n'indiquait de façon probante que des gains d'efficacité permettraient à eux seuls d'éviter d'avoir à chercher de nouvelles sources de financement, et qu'il était par conséquent important d'explorer toutes les possibilités à cet égard pour les fins de la planification de la politique publique.

Selon le Comité, nous mettrions autrement tous nos oeufs dans le même panier. Cela reviendrait à parier la viabilité financière future du régime de soins de santé sur des changements dont il n'est pas certain qu'ils sont réalisables et alors qu'on n'a pas de chiffres définitifs sur les sommes que l'on pourrait économiser par la voie de mesures de restructuration et de gains d'efficacité. Le Comité estime qu'il serait irresponsable d'agir de la sorte.

Nous comprenons toutefois que certaines personnes soient quand même prêtes à faire ce pari, parce que cela leur permettrait d'éviter la plupart des questions ardues en matière de financement et, partant, d'esquiver les questions les plus controversées qui se posent relativement au système de soins de santé<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Walter Robinson, *The Patient, The Condition, The Treatment – A CTF Research and Position Paper on Health Care*, Fédération des contribuables canadiens, septembre 2001, p. 59.

<sup>13</sup> Glenn G. Brimacombe, Pedro Antunes et Jane McIntyre, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020 – Balancing Affordability and Sustainability*, Le Conference Board du Canada, 2001, p. 21.

<sup>14</sup> *Caring for Medicare*, p. 73.

<sup>15</sup> Volume quatre, p. 54.



En bref, la prudence et une étude attentive des faits nous forcent à poser la question la plus difficile à laquelle doivent répondre les décisionnaires, et même tous les Canadiens : où doit-on aller chercher les fonds additionnels dont on a besoin pour le secteur de la santé? Doivent-ils venir des particuliers et des entreprises et être remis au gouvernement (par la voie des impôts ou de cotisations d'assurance-santé), ou doivent-ils aller directement des particuliers et des entreprises au secteur de la santé? Le Comité présentera ses réponses à ces questions dans son rapport d'octobre.

La commission Clair comme le groupe de travail dirigé par M. Mazankowski précisent tous les deux que les recettes générales de l'État ne sont pas inépuisables et qu'il va falloir trouver d'autres sources de revenus pour soutenir le régime de soins de santé et répondre aux besoins futurs de la population sur le plan de la santé.

La commission Clair soutient que:

*Pour assurer la pérennité de notre système, il faut d'abord accepter que les ressources que la société [...] peut consacrer à la santé est aux services sociaux sont limitées. Cette acceptation conduit à deux obligations indéniables et indissociables : faire des choix et performer.*

[...]

*Les dirigeants doivent choisir le niveau limite des ressources financières, choisir les services, les technologies médicales et les médicaments assurés. Les administrateurs et les cliniciens doivent également faire des choix, sinon accepter le choix des autres. Enfin, chaque citoyen doit choisir entre la solidarité, l'équité et le risque du chacun pour soi<sup>16</sup>.*

De même, le rapport Mazankowski précise :

*Si nous continuons de financer les soins de santé exclusivement à partir des recettes provinciales et fédérales, nous n'aurons peu d'autre choix que de rationner les services de santé. Par contre, si nous réussissons à diversifier les sources de revenus qui financent les soins de santé, nous pourrions alors améliorer l'accès aux soins de santé, élargir la gamme des services offerts et exploiter le potentiel des techniques et traitements nouveaux pour améliorer la santé.*

[...]

*Au lieu de rationner les services de santé, nous devons chercher des façons de générer des recettes additionnelles et utiliser celles-ci pour mieux permettre aux Albertains d'obtenir en temps opportun les services de santé qu'ils souhaitent et dont ils ont besoin<sup>17</sup>.*

---

<sup>16</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, président), *Les Solutions Émergentes – Rapport et recommandations*, janvier 2001, p. v.

<sup>17</sup> Conseil consultatif du Premier ministre sur la santé (Don Mazankowski, président), *A Framework for Reform*, rapport présenté au Premier ministre de l'Alberta, décembre 2001, p. 52-53. Ce rapport est aussi appelé le « rapport Mazankowski ».

Le Comité tient à signaler que ces dernières années le gouvernement fédéral a beaucoup accru les fonds consacrés aux soins de santé et que, à l'instar des témoins, il est heureux de cette évolution. Il ne faut pas oublier cependant que les besoins des Canadiens en la matière sont considérables et que leurs attentes ne cessent de croître. En outre, à cause des raisons exposées précédemment, le système de soins hospitaliers et de soins dispensés par des médecins va coûter de plus en plus cher.

***Par conséquent , les Canadiens doivent concilier leurs aspirations, à savoir des services de santé financés par les deniers publics, et leur volonté de payer pour ces services.***

Vu la multiplicité des besoins concurrents, le Comité est d'avis qu'on ne pourra pas se contenter de transférer à la santé des sommes provenant d'une autre enveloppe, mais qu'il faudra véritablement trouver des ressources additionnelles.

De plus, dans la recherche de nouvelles ressources, il faut se garder d'oublier que le fardeau fiscal des particuliers canadiens est le plus élevé de tous les pays du G-7 et parmi les plus élevés de tous les pays de l'OCDE<sup>18</sup>. Par conséquent, les Canadiens doivent concilier leurs aspirations, à savoir d'une part des services de santé financés par les deniers publics, et d'autre part leur volonté de payer pour ces services et la nécessité de garder leur charge fiscale à des niveaux raisonnablement comparables à celles des autres pays de l'OCDE.

Une fois posé le postulat que le système de soins de santé financé par les deniers publics ne dispose pas actuellement de ressources suffisantes pour répondre à toutes les attentes, les Canadiens doivent décider les compromis qu'ils sont prêts à accepter. Il existe essentiellement trois solutions possibles :

- maintenir le rationnement des services de santé offerts par le régime public, soit en sélectionnant les services couverts et ceux qui ne le sont pas (donc en radiant certains services des services assurés), soit en laissant les listes d'attente s'allonger;
- augmenter les recettes publiques, soit par une hausse directe des prélèvements fiscaux, soit par d'autres moyens comme la perception de cotisations d'assurance-santé, de manière que l'on puisse réduire voire éliminer le rationnement des services et raccourcir les listes d'attente;
- permettre l'établissement d'un système privé parallèle offrant certains services de santé à ceux qui en ont les moyens, tout en conservant un système public pour tous les autres Canadiens.

Voilà d'après nous les choix réalistes qui s'offrent aux Canadiens. Chacune des solutions proposées présente des avantages et des inconvénients et suscite des réactions variées selon les groupes et les personnes. Nous n'avons cependant d'autre choix que de les explorer si nous voulons continuer de jouir d'un système de soins de santé dont nous pouvons vraiment

<sup>18</sup> Ce fait est bien documenté dans une publication de Statistique Canada, « Fiscalité internationale : tendances récentes » dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XIF au catalogue, vol. 2, n° 1, janvier 2001, pp. 36-40.



être fiers. On indique à la section 2.5 les répercussions, sur chacun de ces choix, des principes de restructuration et de refinancement énoncés au chapitre deux.

Les témoins venus nous démontrer que les dépenses de santé croissent bien plus rapidement que les recettes publiques nous confortent dans notre conclusion que les Canadiens doivent faire des choix. Nous devons de toute nécessité étudier les compromis inhérents aux trois solutions énoncées ci-haut, faute de quoi les dépenses de santé risquent de compromettre d'autres programmes tout aussi importants. La survie du système de soins de santé exige de décider quels aspects de la prestation des soins de santé seront financés à même les deniers publics et d'où proviendront les fonds nécessaires. Le Comité énoncera dans le volume six de son rapport ses recommandations relatives au financement des soins de santé par le gouvernement fédéral.

## **1.2 Les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la restructuration et le renouvellement du système de soins de santé.**

Beaucoup de témoins ont tenu à rappeler que le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle primordial dans le financement des services de santé couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Compte tenu de la gravité des problèmes que doit maintenant surmonter notre système de soins de santé, le Comité estime important que le gouvernement fédéral intervienne pour préserver l'esprit du programme d'assurance-santé qu'il a lancé il y a déjà plusieurs dizaines d'années. En fait, la grande majorité des Canadiens estiment que le système public de soins de santé les a bien servis jusqu'à maintenant et ils ne veulent pas qu'on le change du tout au tout. Les sondages d'opinion montrent que les Canadiens s'attendent que le gouvernement fédéral continuera de jouer un rôle important dans le système public de soins de santé.

Bien sûr, la prestation des soins de santé relève principalement des provinces et des territoires. Nous estimons cependant que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer dans la mesure où il peut faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui voudront restructurer et reconfigurer leur système de soins de santé. Nous sommes convaincus que la majorité des Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral soutienne les efforts des provinces et des territoires pour apporter les changements voulus au système. En fait, la participation du gouvernement fédéral à ce processus est importante pour plusieurs raisons.

***Le Comité estime que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer dans la mesure où il peut faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui voudront restructurer et reconfigurer leur système de soins de santé. Nous sommes convaincus que la majorité des Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral soutienne les efforts des provinces et des territoires pour apporter les changements voulus au système.***

Premièrement, les Canadiens tiennent à l'application de principes nationaux dans le régime de soins médicaux et s'attendent que le gouvernement fédéral veille à les maintenir. Actuellement, la capacité du gouvernement fédéral de faire respecter des normes acceptables et



de recommander des politiques aux provinces et aux territoires dépend pour une large part de l'importance de son apport financier en espèces.

Deuxièmement, le financement fédéral des soins de santé est particulièrement crucial en cette période de réforme et de renouvellement. Il est en effet fort probable que les changements apportés à la structure et au fonctionnement du système de soins de santé vont exiger un surcroît de financement, du moins dans un premier temps. La commission Fyke de la Saskatchewan a fait la même observation, signalant que les fonds doivent servir à opérer de vrais changements et pas simplement à gagner du temps, et doivent rapporter de la qualité et non seulement du volume<sup>19</sup>.

Troisièmement, et certains verraient là l'argument le plus important, seul le gouvernement fédéral est en mesure de veiller à ce que toutes les provinces et tous les territoires disposent des ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins de leur population, indépendamment de la taille de leur économie. Le rôle de redistribution du gouvernement fédéral est un élément important de ce que beaucoup appellent la « façon de faire canadienne ».

Quatrièmement, il faut éviter que des changements importants soient apportés au régime dans une ou deux provinces seulement. Un régime véritablement national exige une certaine harmonisation entre les provinces pour ce qui est des services assurés (voire même idéalement pour ce qui des règles concernant les champs d'activité). Le gouvernement fédéral peut encourager cette harmonisation, en recourant par exemple à des sanctions ou des incitatifs à caractère financier pour persuader les provinces et les territoires d'accepter les normes nationales.

Enfin, le Comité tient à souligner que, selon lui, il faut absolument que les sommes que le gouvernement fédéral verse aux provinces au titre des soins de santé lui garantissent voix au chapitre lorsqu'il s'agira de restructurer le système de soins de santé. Le gouvernement fédéral ne doit pas simplement accorder des fonds, il doit aussi avoir son mot à dire sur la façon dont ils sont dépensés.

Les Canadiens tiennent aussi à ce que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires au renouvellement du régime de soins de santé dans un esprit de collaboration et de partenariat. Ils en ont assez que tout le monde se renvoie la balle et veulent que les parties concernées s'entendent et produisent des résultats. Dans cette perspective, le Comité souscrit sans réserve à l'observation suivante, énoncée dans le rapport Romanow, pour dire qu'il est temps que tous les ordres de gouvernement collaborent à la restructuration du système de soins de santé :

*[...] les Canadiens veulent que les deux principaux niveaux de gouvernement mettent un terme aux disputes stériles et aux discussions futiles qui tiennent trop souvent lieu de débat, et qu'ils cessent de se renvoyer la balle sur la manière de renouveler le système de soins de santé. À leurs yeux, les deux niveaux de gouvernement ont chacun une part de*

---

<sup>19</sup> *Caring for Medicare*, p. 79.

responsabilité dans les problèmes qui affligent le système, et tous deux doivent trouver des solutions pour dénouer l'impasse<sup>20</sup>.

### 1.3 Il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les services de santé.

Il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les services de santé. Le Comité croit

***Le Comité croit fermement qu'il serait vain d'imposer du haut vers le bas des changements majeurs dans un système de soins de santé aussi complexe que le nôtre. Une telle forme d'intervention centralisée, de micro-gestion, serait malavisée. La seule manière d'obtenir les changements requis consiste à instituer un régime approprié d'incitatifs.***

fermement qu'il serait vain d'imposer du haut vers le bas des changements majeurs dans un système de soins de santé aussi complexe que le nôtre. Une telle forme d'intervention centralisée, de micro-gestion, serait malavisée. La seule manière d'obtenir les changements requis consiste à instituer un régime approprié d'incitatifs qui :

- introduiront une saine concurrence entre les établissements de soins de santé;
- encourageront un recours plus efficace aux divers fournisseurs de soins de santé;
- favoriseront une utilisation plus judicieuse des technologies de la santé;
- établiront des structures permettant une meilleure évaluation permanente de l'ensemble du système et des résultats des soins de santé;
- feront en sorte que les patients reçoivent des soins de qualité en temps opportun;
- encourageront les patients à faire un usage avisé des services de santé financés à même les deniers publics.

D'après nous, l'élaboration d'un ensemble d'incitatifs appropriés dépend de la séparation des trois fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation des

***D'après nous, l'élaboration d'un ensemble d'incitatifs appropriés dépend de la séparation des trois fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation des services et d'évaluation des soins de santé. Nous voyons dans ce cloisonnement la condition nécessaire de l'instauration des types mêmes d'encouragements qui permettront d'aboutir à un système de santé véritablement axé sur le patient, c'est-à-dire un système où le client reçoit les meilleurs soins dispensés en temps opportun par un professionnel de la santé qualifié.***

<sup>20</sup> Préparer l'avenir des soins de santé, p. 4.



services et d'évaluation des soins de santé. Nous voyons dans ce cloisonnement la condition nécessaire de l'instauration des types mêmes d'encouragements qui permettront d'aboutir à un système de santé véritablement axé sur le patient, c'est-à-dire un système où le client reçoit les meilleurs soins dispensés en temps opportun par un professionnel de la santé qualifié.

Par ailleurs, la séparation des fonctions de financement, de prestation et d'évaluation des services de santé contribuera à une plus grande transparence du système et à une meilleure reddition de comptes par tous les éléments du système, y compris les pouvoirs publics. Elle permettra aussi de jeter les bases d'une plus grande concurrence entre établissements de soins de santé. Les raisons qui motivent ce choix, d'après nous essentiel à une réforme efficace du système canadien de soins de santé, ont été discutées lors des audiences publiques du Comité ainsi que dans de récents rapports.

Partout où nous sommes allés, dans les provinces de l'Atlantique et de l'Ouest comme dans les provinces du centre, on nous a répété que les soins de santé étaient à de nombreux égards administrés comme un monopole où le gouvernement est souvent le seul qui finance et qui offre de nombreux services de santé en l'absence de toute évaluation indépendante et de toute concurrence. Le très honorable Don Mazankowski, président du conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, a expliqué ce qui suit :

*Le système de soins de santé de l'Alberta, comme d'ailleurs ceux des autres provinces, fonctionne comme un monopole non réglementé. Le gouvernement :*

- définit ce qui constitue des « services médicalement nécessaires »;
- paie pour tous les services assurés fournis;
- offre un régime d'assurance public et interdit, de par la loi, l'assurance privée à l'égard de ces services;
- interdit aux gens, de par la loi, de se procurer des services assurés en dehors du régime public, sauf dans les cas où ceux-ci sont dispensés aux termes d'un contrat conclu avec le régime public;
- administre et régit les soins directement et indirectement;
- définit, recueille et analyse lui-même l'information sur son propre rendement<sup>21</sup>.

On a affirmé au Comité que cette emprise de l'État sur le régime de soins de santé aboutissait à un système inefficace manquant de transparence et d'imputabilité :

**[...] de nombreux pays aux prises avec des régimes de soins médicaux coûteux, inefficaces ou mal adaptés aux besoins (le Royaume-Uni, la Suède et les Pays-Bas par exemple) avaient déjà lancé des processus de réforme visant à éliminer les caractéristiques monopolistiques décrites ci-dessus en séparant les diverses fonctions du système de soins de santé tout en préservant l'accès universel à des services de santé publics.**

*Les gouvernements au Canada font face à un conflit d'intérêts important relativement aux soins de santé. En effet, non seulement ils perçoivent des primes d'assurance-santé*

<sup>21</sup>Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 21.



*(au moyen de taxes ou de primes spéciales) et conservent la responsabilité de la prestation des services de santé, mais ils ne rendent compte qu'à eux-mêmes de leur propre efficacité et efficience en se fondant sur l'information qu'ils ont décidé de recueillir. En outre, ces mêmes gouvernements décident quelle information doit être communiquée au public. Les gouvernements décident également de l'interprétation des résultats, de sorte que les organisations de services de santé peuvent considérer que des taux de satisfaction de 80 % sont acceptables, tandis que dans de nombreuses industries on congédierait la direction d'une organisation où 20 % des clients ne sont pas satisfaits et plus de la moitié des employés estiment qu'ils n'ont pas un bon milieu de travail.*

*Le conflit d'intérêts peut être réduit ou éliminé si l'on sépare la fonction d'assurance de la fonction de prestation des soins de santé. [...] Le conflit d'intérêt peut également être réduit en séparant les personnes responsables de l'évaluation du système de santé, celles qui sont responsables de la prestation des services de santé et celles qui sont chargées de prélever les primes d'assurance.*

*L'élimination du conflit d'intérêts découlant du fait que le gouvernement agit à la fois comme organisme de réglementation, assureur, dispensateur et évaluateur donnera lieu à un environnement qui encourage chaque secteur à rechercher l'information pertinente sur le rendement du système de soins de santé<sup>22</sup>.*

Dans le volume trois de son étude, le Comité a indiqué que de nombreux pays aux prises avec des régimes de soins médicaux coûteux, inefficaces ou mal adaptés aux besoins (par exemple le Royaume-Uni, la Suède et les Pays-Bas) avaient déjà lancé des processus de réforme visant à éliminer les caractéristiques monopolistiques décrites ci-dessus en séparant les diverses fonctions du système de soins de santé tout en préservant l'accès universel à des services de santé publics.

L'information recueillie au niveau international permet de conclure que le cloisonnement des fonctions de financement et de prestation des services peut contribuer à accroître l'efficacité du système de soins de santé :

- par la décentralisation de la prise de décisions;
- par l'introduction d'une concurrence plus vive dans le système;
- par une meilleure intégration des services de santé;
- par une exploitation plus efficace des fournisseurs de soins de santé;
- par une utilisation plus judicieuse des technologies de la santé;
- en plaçant le patient au premier rang, puisque le financement suit le patient;
- en veillant à ce que le patient reçoive des soins de qualité en temps opportun.

En outre, en séparant les fonctions de financement et d'évaluation, il sera possible de mettre en place des structures qui assureront une meilleure évaluation permanente de

---

<sup>22</sup> Atlantic Institute for Market Studies, mémoire présenté au Comité le 6 novembre 2001, p. 5.

l'ensemble du système et des résultats des soins en particulier. Cela ne pourra qu'améliorer la transparence et la manière dont on rend compte de l'usage des fonds publics.

Pour toutes ces raisons, le Comité estime nécessaire de séparer les fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation et d'évaluation dans le système canadien de soins de santé. Ce raisonnement sert de prémisse à l'ensemble de principes énoncés dans le présent rapport.

***Le Comité estime nécessaire de séparer les fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation et d'évaluation dans le système canadien de soins de santé. Ce raisonnement sert de prémisse à l'ensemble de principes énoncés dans le présent rapport.***

Le Comité s'attend à des divergences dans l'application concrète de ces principes en raison des caractéristiques qui distinguent les régions les unes des autres (au chapitre, par exemple, de la taille de la population et du nombre d'établissements et de fournisseurs de soins) et des différences entre établissements (hôpitaux communautaires et hôpitaux universitaires par exemple). D'ailleurs, une bonne partie de notre prochain rapport portera justement sur l'application concrète des principes en tenant compte des disparités précitées. Quoi qu'il en soit, le Comité est convaincu que, pris globalement, cet ensemble de principes saura guider clairement la restructuration du système.

Selon le Comité, ces principes vont provoquer une transformation du système de soins de santé en deux étapes. La **première étape de la réforme** comportera les changements suivants :

1. **Séparation de la fonction de financement (ou d'assurance) et de la fonction de prestation des services de santé** – Le gouvernement continuerait d'assumer les fonctions de financement et d'assurance (comme il le fait maintenant), mais les établissements offrant des services de santé publics (les hôpitaux et les cliniques) jouiraient d'une plus grande indépendance du gouvernement, car ils ne seraient plus assujettis à un degré de contrôle aussi élevé. Il faudrait pour cela modifier la méthode de rémunération des services hospitaliers : les budgets annuels globaux des hôpitaux, actuellement fixés par le gouvernement, disparaîtraient au profit d'un système de remboursement des établissements axé sur une formule fondée sur les services (où chaque type de service se voit attribuer une valeur et où les hôpitaux se font rembourser selon le nombre et le type de services dispensés).

Si le gouvernement payait les hôpitaux pour chaque service et si le tarif était public, la population pourrait pour la première fois constater le lien direct entre le niveau de financement et le nombre et le genre d'interventions exécutées. La population pourrait alors plus facilement connaître les conséquences des décisions sur le niveau de financement des soins de santé et se faire une idée des répercussions de divers niveaux de financement sur des services précis.

Une telle évolution pourrait transformer radicalement la nature du débat qui entoure le système de soins de santé, lequel porterait alors sur le nombre de patients traités et le nombre et le type d'interventions exécutées (donc sur les

résultats du système) et non plus, comme maintenant, sur l'argent dépensé (les intrants). Ainsi, le débat tournerait davantage autour des patients et des services, et non plus seulement autour de sommes d'argent comme c'est actuellement le cas.

2. **Séparation de la fonction de financement (ou d'assurance) et de la fonction d'évaluation** –

Le gouvernement continuerait de régir dans l'ensemble la qualité de la prestation des soins de santé et les fournisseurs relèveraient en dernière analyse du gouvernement, mais la fonction d'évaluation serait considérablement renforcée. La fonction d'évaluation continuerait d'être financée par le gouvernement, mais son exécution serait indépendante du gouvernement. On mettrait bien davantage l'accent sur la mesure de la qualité des traitements et services, sur l'évaluation des résultats de diverses interventions et sur l'évaluation de la performance du système en général. Un système d'évaluation indépendant confié à des organisations indépendantes du gouvernement fournirait une information bien plus exacte et plus objective sur l'accès aux services, les résultats des services et les coûts des services que ce n'est présentement le cas.

*Le Comité estime essentiel que le débat sur le financement tourne davantage autour des patients et des services, et non plus seulement autour de sommes d'argent comme c'est actuellement le cas.*

3. **« Marché interne<sup>23</sup> » des services hospitaliers** – Une fois la formule de financement par service bien établie pour les hôpitaux et les autres établissements et une fois la fonction d'évaluation indépendante en place, les régies régionales de la santé seraient chargées d'acheter des services pour le compte de leurs résidents en passant des marchés avec les hôpitaux ou d'autres établissements. (Si une province le souhaite, les régies régionales de la santé pourraient aussi être responsables de l'achat de services de soins primaires.) Ce type de réforme, déjà appliqué à des degrés divers dans certains pays, notamment en Suède, a été proposé récemment dans le rapport Mazankowski en Alberta<sup>24</sup>. Ce type de « marché interne » favoriserait la concurrence entre établissements pour ce qui touche la prestation de services hospitaliers et encouragerait à la fois la rentabilité et l'efficacité. Le Comité sait parfaitement que les réformes de cette nature devront être adaptées aux particularités de chaque région quant au nombre de fournisseurs de soins de santé et à la distribution de la population entre les régions urbaines et les régions rurales.

La **seconde étape de la réforme** aboutirait à la dévolution de la fonction d'achat des régies régionales de la santé (ou du gouvernement dans les provinces où ces régies

<sup>23</sup> L'expression « marché interne » a été utilisée pour la première fois dans le contexte de réformes réalisées par la Nouvelle-Zélande et la Grande-Bretagne dans les années 90 en vue d'introduire davantage de concurrence entre les fournisseurs de soins de santé (publics et privés) dans un régime conservant un assureur unique.

<sup>24</sup> Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé, voir la note 1.



n'existent pas) à des équipes de soins de santé primaires<sup>25</sup>. Cela veut dire que ces dernières seraient chargées d'acheter des services de santé auprès des établissements pour le compte de leurs clients. On aboutirait ainsi à la création d'un « marché interne » où les établissements fournisseurs se livreraient concurrence en vue de vendre leurs services aux équipes de soins de santé primaires. On se rapprocherait ainsi du système des Fundholdings de généralistes du Royaume-Uni (pour plus de renseignements, voir le volume trois du rapport du Comité<sup>26</sup>).

Au Canada, cette forme de « marché interne » a été recommandée par la Commission de restructuration des services de santé, présidée par Duncan Sinclair en Ontario<sup>27</sup>, et par Monique Jérôme-Forget et Claude E. Forget<sup>28</sup>. Cette seconde étape de la réforme exigerait par ailleurs le remplacement du paiement à l'acte par une forme de rémunération mixte combinant une rémunération par capitation et une rémunération à l'acte. Elle exigerait aussi l'établissement d'une médecine de groupe multidisciplinaire et la révision des règles actuelles concernant les champs d'activité des praticiens de la santé.

La dévolution de la fonction d'achat aux équipes de soins primaires exigerait aussi des patients qu'ils s'enregistrent tous les ans auprès du groupe de soins primaires de leur choix. Certaines études donnent à penser que, bien que cette formule pourrait limiter, dans une certaine mesure, le patient dans le choix d'un fournisseur de soins (fournisseur de soins primaires ou spécialiste)<sup>29</sup>, elle permettrait par contre une meilleure intégration des services de santé, globalement avantageuse pour les patients. Plusieurs témoins nous ont affirmé que cela aboutirait à un système de santé davantage axé sur le patient.

D'après les témoignages entendus par le Comité, dans toute réforme établissant un « marché interne », la très grande majorité des établissements fournisseurs de soins demeurerait des établissements privés sans but lucratif. Rien n'empêcherait cependant des fournisseurs à but lucratif d'offrir eux aussi des services, y compris des services hospitaliers, à la condition qu'ils soient assujettis aux mêmes contrôles de qualité et évaluations que les établissements du secteur public. Ce type de structure est parfaitement compatible avec la *Loi canadienne sur la santé* (et est examiné plus en détail sous la rubrique du principe huit au chapitre deux), qui n'interdit aucunement les établissements privés à but lucratif. Cela dit, le Comité tient à préciser qu'il ne prône pas la création d'établissements de ce genre.

Il est important de bien comprendre que la première étape de la réforme (séparation des fonctions de financement/d'assurance, de prestation et d'évaluation des services) doit être réalisée avant la seconde (séparation des fonctions de prestation et d'achat des services),

---

<sup>25</sup> On trouvera une analyse récente de plusieurs types possibles de réformes instituant un « marché interne » dans Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Milton, « Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad », *Commentaire de l'Institut C.D.Howe*, avril 2001.

<sup>26</sup> Volume trois, p. 35-42.

<sup>27</sup> Commission de restructuration des services de santé (Duncan Sinclair, président), *Primary Health Care Strategy – Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, gouvernement de l'Ontario, décembre 1999.

<sup>28</sup> Monique Jérôme-Forget et Claude E. Forget, *Qui est maître à bord? – Projet de réforme du système de santé canadien*, Institut de recherche en politiques publiques, 1988.

<sup>29</sup> Une fois inscrits, les patients traitent exclusivement avec leur équipe de soins primaires pendant une période donnée, généralement un an, à moins qu'ils ne déménagent. De même, les patients inscrits ne peuvent pas faire appel directement au spécialiste de leur choix, mais sont renvoyés au besoin au spécialiste (gynécologue, pédiatre, etc.) associé à leur groupe.

car cette dernière exige que les établissements de santé connaissent ce que coûte la prestation d'un service à un patient. Or, pour le moment, la plupart des établissements ne disposent pas des systèmes d'information requis, et la pratique actuelle du budget global est un facteur important qui décourage la mise en place de tels systèmes.

Le Comité est persuadé que la séparation des fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation et d'évaluation des services de santé constitue une étape essentielle vers l'établissement d'un système véritablement axé sur le patient : un système dans lequel le patient reçoit en temps opportun du fournisseur le mieux qualifié les soins qui lui conviennent. Cette séparation des fonctions présente en outre l'avantage d'imposer au gouvernement un degré bien plus élevé de transparence et de responsabilisation. Plus important encore, ce cloisonnement des fonctions permet d'introduire dans le système un certain nombre d'éléments ayant pour effet d'accroître l'efficacité de l'utilisation, de la prestation et de l'administration des services de santé. Le Comité n'a pas arrêté sa position au sujet de la création d'un « marché interne », mais il serait enclin à privilégier une formule où les équipes de soins primaires agiraient comme acheteurs de services de santé pour le compte de leurs clients. Nous avons l'intention d'examiner cette solution de près et de présenter nos recommandations finales à ce sujet dans le volume six.

#### **1.4 Principes directeurs de la restructuration et du financement du système canadien de soins de santé**

On trouvera au chapitre deux une discussion détaillée de la justification et des conséquences des principes de réforme suivants auxquels souscrit le Comité. Ces principes forment un ensemble indissociable.

##### **L'ASSUREUR :**

1. Les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont financés (assurés) exclusivement par le gouvernement, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme indépendant.
2. Le montant des fonds publics consacrés à l'assurance des soins de santé publics est stable et prévisible.
3. Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé.
4. La détermination des services couverts par l'assurance-santé publique se fait d'une façon ouverte et transparente. Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas.
5. Le gouvernement fédéral contribue en permanence au financement des technologies de la santé.

6. Le gouvernement fédéral consacre davantage d'argent aux éléments du secteur de la santé et des soins de santé vis-à-vis desquels il assume d'importantes responsabilités.
7. Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.

### **LE FOURNISSEUR DE SOINS :**

8. La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.
9. Les régies régionales de la santé sont chargées de l'achat des services hospitaliers auprès des établissements de leur région.
10. La réforme des soins primaires aboutira à une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
11. Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.
12. De nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions sont élaborées pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.
13. Durant la seconde étape de la réforme des soins de santé, un « marché interne » sera probablement constitué où les équipes de soins primaires achètent, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.
14. Une stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) permet de garantir une offre suffisante de fournisseurs de soins de santé et une exploitation optimale de leurs services.

### **L'ÉVALUATEUR :**

15. Les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques (DES) capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats.
16. La saisie des résultats des traitements et du rendement du système de soins de santé fait partie intégrante du système d'information sur la santé. Ces activités de



contrôle et d'évaluation sont réalisées par un organisme national (et non fédéral) indépendant et sont financées par l'État.

## **LE PATIENT :**

17. Le système public de soins de santé du Canada est axé sur le patient.
18. Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation pour des services médicaux considérés comme nécessaires.
19. On accorde la priorité aux programmes qui ont pour but de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.
20. Un délai d'attente maximum devrait être fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger.



## CHAPITRE DEUX

### PRINCIPES DEVANT GUIDER LA RESTRUCTURATION ET LE FINANCEMENT DU SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ

---

#### 2.1 Financement (ou assurance) des soins de santé

#### *P* principe *U*<sub>n</sub>

**Les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont financés (assurés) exclusivement par le gouvernement, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme indépendant.**

L'argument le plus fort en faveur d'une source unique de financement ou d'assurance est qu'un système public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin constitue le fondement du système de soins que les Canadiens appuient énergiquement. Le Comité convient que l'élément central de notre système doit être maintenu, pourvu que le système réponde à des normes appropriées de qualité et d'opportunité des services.

Autrement dit, le Comité croit qu'il ne devrait y avoir qu'une seule source de financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin considérés comme médicalement nécessaires : le gouvernement, directement ou par l'entremise d'un organisme indépendant. Par rapport à n'importe quelle forme d'organisation comprenant des sources de financement multiples, un tel système assure une grande efficacité, et notamment des économies d'échelle sur les plans de l'administration, des finances et de l'information. De plus, comme le système public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin est maintenant un

***Le Comité croit qu'il ne devrait y avoir qu'une seule source de financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin considérés comme médicalement nécessaires : le gouvernement, directement ou par l'entremise d'un organisme indépendant. Par rapport à n'importe quelle forme d'organisation comprenant des sources de financement multiples, un tel système assure une grande efficacité, et notamment des économies d'échelle sur les plans de l'administration, des finances et de l'information, [...] Comme corollaire, il ne devrait pas y avoir d'assurance privée des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin assurés par l'État.***

élément fondamental de la société canadienne, le Comité croit que c'est le gouvernement qui devrait être cette source unique, directement ou indirectement (c'est-à-dire par l'entremise d'une tierce partie, comme une régie régionale de la santé ou un autre organisme indépendant). Comme corollaire, il ne devrait pas y avoir d'assurance privée des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin assurés par l'État.



De plus, de nombreux témoins ont dit au Comité qu'en concentrant la responsabilité financière dans une seule source de financement, le système canadien de soins de santé permettrait une administration plus efficace de l'assurance-santé. Ils ont affirmé qu'avec un système public à source d'assurance unique pour les services médicalement nécessaires dispensés en application de la *Loi canadienne sur la santé*, le Canada s'est débarrassé des coûts associés à l'assurance-santé compétitive sur les plans de la commercialisation des polices, de la facturation, de la perception des primes et de l'évaluation des risques.

Lee Soderstrom, professeur au département d'économie de l'Université McGill, a décrit ainsi les avantages d'un système public de soins de santé à source de financement unique :

*D'après les preuves disponibles, le coût du régime d'assurance gouvernemental serait inférieur parce que les frais d'administration seraient moins élevés et ce, parce qu'un régime public tirerait parti au maximum des économies d'échelle possibles dans l'administration du régime. Aucuns frais de publicité ne seraient nécessaires.*

[...]

*Les preuves disponibles sous-estiment les gains en efficience que représente un régime entièrement subventionné par l'État. En effet, ce régime permet aux usagers d'éviter les tracasseries administratives lorsqu'ils ont besoin de soins. Ils n'ont pas à faire face à un autre problème important que connaissent trop bien les Américains ayant une assurance privée, soit les difficultés administratives inévitables et innombrables qu'ils éprouvent afin d'obtenir le remboursement des factures qu'ils ont payées<sup>30</sup>.*

Voici, en outre, un extrait d'un document déposé au Comité par l'Atlantic Institute for Market Studies :

*Dans un modèle fondé sur une assurance privée, du genre qui prédomine aux États-Unis, la possibilité d'un mauvais choix entraîne des coûts élevés qui ne contribuent guère à la qualité des soins dispensés. Le regroupement de tous les citoyens, dans le cadre d'un régime universel d'assurance-santé, peut considérablement réduire ces coûts. Dans le système canadien, où les provinces exploitent des régimes d'assurance à « source de financement unique », le coût par habitant des frais généraux d'assurance est d'environ un cinquième ce qu'il est aux États-Unis, où les régimes privés d'assurance-santé constituent la norme<sup>31</sup>.*

Il y a un autre argument qui milite en faveur d'un système de soins de santé assuré par l'État : très peu de Canadiens peuvent se permettre de ne pas être couverts. Il est donc logique d'avoir un régime unique couvrant tout le monde. De plus, dans un système à source d'assurance unique et à couverture universelle, personne ne se privera de soins nécessaires à cause de besoins matériels plus pressants (manger, s'abriter, se vêtir, etc.). Et personne ne se verra refuser des soins nécessaires parce qu'il est incapable de les payer.

<sup>30</sup> Lee Soderstrom, professeur à l'Université McGill, mémoire présenté au Comité le 31 octobre 2001, p. 4.

<sup>31</sup> Brian Lee Crowley et David Zitner, *Operating in the Dark: The Gathering Crisis in Canada's Public Health Care System*, Atlantic Institute for Market Studies, novembre 1999, p. 9.

Un modèle à source de financement unique élimine du même coup, au Canada, un secteur parallèle d'assurance privée faisant la concurrence à l'assurance publique pour le financement des services hospitaliers et médicaux couverts par la *Loi canadienne sur la santé* qui sont dispensés dans les hôpitaux et par des médecins qui soignent les patients aux frais de l'État. Le financement public du système canadien de soins de santé continuerait de provenir des recettes perçues sous forme de taxes, d'impôts spécifiques ou des primes d'assurance-santé, comme c'est actuellement le cas. Les Canadiens devraient cependant pouvoir se procurer de l'assurance privée pour les services de santé non assurés et pour les services dispensés à l'étranger, comme il le font actuellement. Les établissements de soins de santé continueraient aussi de toucher les revenus supplémentaires qu'ils tirent à l'heure actuelle des avantages et services non assurés.

***Un modèle à source de financement unique élimine du même coup, au Canada, un secteur parallèle d'assurance privée faisant la concurrence à l'assurance publique pour le financement des services hospitaliers et médicaux couverts par la Loi canadienne sur la santé qui sont dispensés dans les hôpitaux et par des médecins qui soignent les patients aux frais de l'État.***

Dans le système actuel de soins de santé, un fournisseur peut être rémunéré par des sources privées pour la prestation de services assurés par l'État à condition de se retirer complètement du régime public et de ne pas accepter de patients financés par ce régime. Les recherches portées à l'attention du Comité montrent qu'en autorisant des médecins à travailler à la fois dans les régimes public et privé, on désavantage les patients du régime public, sur le double plan de la qualité et de l'opportunité des soins. Le Comité estime par conséquent important de maintenir les restrictions actuelles qui empêchent les médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé.

***Le Comité estime par conséquent important de maintenir les restrictions actuelles qui empêchent les médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé.***

Le Comité convient en outre avec les témoins que personne ne devrait affronter des difficultés financières excessives ou une faillite possible à cause d'une maladie, d'une blessure ou d'une déficience. L'accès en temps opportun aux services de santé médicalement nécessaires devrait être assuré à tous, indépendamment du revenu. Cela ne signifie pas cependant que les Canadiens n'ont pas à assumer une part de responsabilité pour rester en bonne santé ou pour contribuer à la viabilité future du système de soins de santé. Cela signifie plutôt que tout mécanisme de financement ou toute participation financière de Canadiens à titre individuel devrait être équitable et assurer une répartition juste. Nous examinons à la section 2.4 ci-dessous quelques mesures incitatives conçues pour encourager une utilisation responsable du système public de soins de santé.



## Le montant des fonds publics consacrés à l'assurance des soins de santé publics est stable et prévisible.

Le Comité a entendu à maintes reprises parler du sérieux manque de stabilité et de prévisibilité des politiques et du financement du système canadien de soins de santé. Ainsi, Lawrence Nestman, professeur à l'École d'administration des services de santé de l'Université Dalhousie, a déclaré que l'important roulement des ministres de la Santé, de leurs sous-ministres et d'autres hauts fonctionnaires a créé un certain climat d'imprévisibilité dans les relations fédérales-provinciales-territoriales et dans les politiques de la santé, en particulier en ce qui concerne le financement<sup>32</sup>. Jeff Lozon, président de l'hôpital St. Michael's de Toronto et ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, a exprimé le même point de vue :

*Mon premier point est probablement celui qui me tient le plus à cœur. Il se fonde sur l'urgent besoin de prévisibilité et de stabilité dans l'orientation du système de soins de santé et sur la nécessité de mettre le système à l'abri des vicissitudes du milieu politique. La direction du système de soins de santé au niveau provincial est l'une des fonctions les plus complexes, les plus difficiles et les plus importantes. À défaut d'une plus grande stabilité et d'une plus grande certitude, les meilleures politiques de réforme sont vouées à l'échec. Considérez ce qui suit. Dans les dix dernières années, l'Ontario a eu sept ministres successifs de la Santé et autant de sous-ministres de la Santé. Sur la base de mon expérience personnelle, je sais que le fait d'assumer pendant trois mois les fonctions de sous-ministre de la Santé vous donne plus d'ancienneté que la moitié de vos collègues et que résister plus d'un an, c'est avoir de longs états de service! La durée de mandat normale d'un ministre de la Santé est de quinze mois, et à peu près autant dans le cas du sous-ministre. Il est impossible de faire progresser le système avec un roulement de cet ordre, et une planification à long terme du système est presque impensable<sup>33</sup>.*

Tant M. Nestman que M. Lozon recommandent la création d'organisations provinciales sans but lucratif chargées de diriger le système de soins de santé. Selon les modèles proposés, ces entités comprendraient un conseil d'administration nommé par le gouvernement, qu'appuierait un personnel d'experts. Elles seraient indépendantes du processus politique et remplaceraient les actuels ministères de la Santé. Selon M. Lozon :

*Ainsi, on pourrait en arriver à une certaine stabilité et à une certaine orientation, à l'abri des pressions quotidiennes du jeu politique des élus. Une telle organisation continuerait d'être responsable des objectifs d'ordre supérieur définis par l'Assemblée législative<sup>34</sup>.*

<sup>32</sup> Lawrence Nestman, *Three Proposals to Improve Federal-Provincial Relations in the Health Services Field*, mémoire au Comité, p. 1.

<sup>33</sup> Jeffrey C. Lozon, mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 4.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 5.



De même, des témoins ont dit au Comité que le financement des soins de santé dépendait dans une grande mesure des recettes annuelles du gouvernement et pouvait donc fluctuer considérablement avec les hauts et les bas de l'économie. Dans son mémoire au Comité, Claude Forget a dit ce qui suit :

*Les gouvernements ont utilisé le secteur de la santé comme instrument principal dans la lutte aux déficits; pourtant le besoin pour ces services n'est pas sensible aux cycles économiques. [...] Il est difficile de gérer un budget dont l'évolution dans le temps est imprévisible et largement soustraite à l'intervention des gestionnaires*<sup>35</sup>.

Les témoins se sont également plaints du manque de planification stratégique et à long terme qu'il aurait fallu pour affronter les pressions financières anticipées et les hausses de coûts croissantes découlant du vieillissement de la population, de l'augmentation de ses attentes et du prix de plus en plus élevé de la technologie et des médicaments (voir la section 1.1 plus haut). Les témoins ont souligné que la stabilité et la prévisibilité du financement des soins, grâce, par exemple, à des dispositions de financement pluriannuelles, sont un préalable nécessaire à toute réforme du système et au maintien de la confiance du public. On trouve aussi l'observation suivante dans le rapport Romanow :

*[...] notre système de soins de santé a souffert ces dernières années d'un financement inconstant et erratique. Nombre de décisions importantes en santé nécessitent un long cycle de planification, qu'il s'agisse de construire de nouvelles installations ou de développer la capacité de traitement ou d'intervention, en passant par la prestation de services particuliers à des populations cibles. Lorsque les décideurs doivent composer avec des priorités qui changent constamment ou lorsque les ressources attendues sont soit diminuées, soit supprimées, il en résulte d'abord une grande incertitude, vite suivie par une réduction des services. L'absence de financement stable et prévisible à long terme compromet la planification de longue haleine, ce qui finit par saper la confiance du public en l'avenir du système*<sup>36</sup>.

Beaucoup de témoins ont mis en évidence l'important rôle que le gouvernement fédéral peut jouer pour assurer cette stabilité. Par exemple, la British Columbia Health Association a affirmé :

*Une contribution financière stable de la part du gouvernement fédéral est essentielle afin de s'assurer que nos systèmes de santé provinciaux peuvent fonctionner dans un contexte qui incite à entreprendre des changements fondamentaux et à aller de l'avant avec les innovations requises*<sup>37</sup>.

De même, Bill Bryant, président de la Southwestern Regional Health Authority (Régie régionale sud-ouest de la santé) du Manitoba, a déclaré :

---

<sup>35</sup> Claude Forget, mémoire présent au Comité le 31 octobre 2001, p. 8.

<sup>36</sup> Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape, p. 4-5.

<sup>37</sup> Health Association of British Columbia, mémoire au Comité, octobre 2001, p. 3.

*Avant de procéder à une restructuration importante et viable du système, que nous estimons essentielle, il faut s'assurer d'un cadre de financement stable et permanent. Certaines infrastructures fondamentales de notre système de soins de santé ont été grandement minées au cours de la dernière décennie en raison de méthodes de financement en dents de scie de la part des gouvernements fédéral et provincial. Par conséquent, il faut d'abord obtenir un engagement financier important et soutenu de la part du gouvernement fédéral afin de rétablir la stabilité du système de soins de santé actuel et, par la suite, de faire renaître la confiance dans le système<sup>38</sup>.*

Le Comité convient avec les témoins que le financement gouvernemental devrait être stable et prévisible. Nous sommes d'avis qu'aucun secteur ne peut fonctionner efficacement si, d'une année à l'autre, ses recettes sont soumises à d'importantes fluctuations indépendantes de sa volonté. En fait, il est impossible de procéder à une planification efficace – élément essentiel d'un secteur efficace – en l'absence de stabilité et de prévisibilité dans le financement. Autrement dit, un financement pluriannuel est essentiel au fonctionnement efficace d'un système public de soins de santé.

***Le Comité convient avec les témoins que le financement gouvernemental devrait être stable et prévisible. Nous sommes d'avis qu'aucun secteur ne peut fonctionner efficacement si, d'une année à l'autre, ses recettes sont soumises à d'importantes fluctuations indépendantes de sa volonté. Un financement pluriannuel est essentiel au fonctionnement efficace d'un système public de soins de santé.***

Stabilité et prévisibilité exigent de la part des gouvernements une capacité d'assurer un financement suffisant pour répondre en tout temps, même en période de restrictions budgétaires, à tous les besoins du système de soins de santé. Bien sûr, cela est plus facile à dire qu'à faire puisque les besoins du système ne varient pas comme les recettes de l'État avec le cycle économique. Par conséquent, il faut éviter que le maintien des dépenses consacrées aux soins n'évince d'autres formes vitales de dépenses publiques allant, par exemple, à l'éducation, à l'infrastructure, à la sécurité et à divers autres services sociaux :

*On ne peut pas permettre que les dépenses consacrées aux soins de santé évincent d'autres formes vitales de dépenses publiques, notamment celles au titre de l'éducation, de l'infrastructure et des autres services sociaux. Notre prospérité et notre santé futures dépendent de toutes ces dépenses. Dans la mesure où ils évincent ces autres dépenses, les soins de santé financés par les contribuables ne sont pas viables dans leur forme actuelle<sup>39</sup>.*

Ce principe ne prescrit pas en soi les sources de revenus dont le gouvernement doit se servir pour garantir la stabilité et la prévisibilité. Il suscite cependant deux importantes questions :

<sup>38</sup> Bill Bryant, mémoire au Comité, 15 octobre 2001, p. 1.

<sup>39</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 31.

- D'abord, faut-il recourir à un impôt spécial ou à des primes d'assurance-santé pour aider à assurer la stabilité et la prévisibilité du financement des soins?
- Ensuite, faut-il confier la responsabilité de la gestion du système de soins de santé à un organisme indépendant d'une forme ou d'une autre, comme l'ont préconisé plusieurs témoins, dont MM. Nestman et Lozon, afin de mettre le système à l'abri des aléas quotidiens d'un monde politique formé de représentants élus?

Le Comité tiendra des consultations sur ces questions avant de donner sa propre réponse dans son rapport d'octobre.

## *P* *Principe* *T* *Trois*

### **Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé.**

De nombreux témoins ont souligné le rôle crucial du gouvernement fédéral dans un financement stable du système des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Même si les soins de santé relèvent de la compétence provinciale et territoriale, le gouvernement fédéral a traditionnellement joué un rôle de premier plan dans le financement des services de santé couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Les témoins ont dit au Comité que ce rôle doit se poursuivre pour plusieurs raisons, que nous avons déjà exposé à la section 1.2.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont, à plusieurs occasions, sollicité le gouvernement fédéral pour qu'il augmente le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et contribue ainsi à la stabilisation et au maintien du système d'assurance-santé. Pour augmenter sa contribution aux soins de santé, le gouvernement fédéral aurait vraisemblablement à majorer les impôts. Comme nous l'avons dit au chapitre un, section 1.1, cela pourrait être difficile à réaliser parce que l'impôt canadien sur le revenu des particuliers est le plus élevé des pays du G-7 et compte parmi les plus élevés des pays de l'OCDE<sup>40</sup>. Par conséquent, les Canadiens doivent en arriver à un certain équilibre entre leur désir d'avoir des services de santé publics et leur disposition à payer des impôts pour contribuer au financement de ces services.

***[...] un certain nombre de témoins ont proposé de diversifier les sources de revenu utilisées pour financer le système. Cela permettrait d'améliorer l'accès aux soins ou d'élargir le panier des services assurés. Une prime nationale d'assurance-santé serait un exemple de source de revenu consacrée au financement des soins de santé.***

Une importance préoccupation a été exprimée au cours des audiences que le Comité a tenues un peu partout dans le pays : si nous continuons à compter exclusivement sur

<sup>40</sup> Statistique Canada, « Fiscalité internationale : Tendances récentes », dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XIF au catalogue, vol. 2, n° 1, janvier 2001, p. 36-40.



l'assiette fiscale des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral pour financer les soins de santé, nous finirons par devoir rationner encore plus les services de santé publics. C'est pour cette raison qu'un certain nombre de témoins ont proposé de diversifier les sources de revenu utilisées pour financer le système. Cela permettrait d'améliorer l'accès aux soins ou d'élargir le panier des services assurés. Une prime nationale d'assurance-santé serait un exemple de source de revenu consacrée au financement des soins de santé.

Une autre question s'est posée : les provinces et les territoires ont-ils à rendre compte de leur utilisation des fonds fédéraux nouveaux ou additionnels? Les renseignements recueillis dans le rapport de la phase un de l'étude du Comité montrent que les transferts globaux nuisent à l'imputabilité gouvernementale<sup>41</sup>. Aussi, un certain nombre de témoins croyaient qu'il serait essentiel d'établir un mécanisme qui permettrait de consacrer les fonds fédéraux à des fins particulières, d'évaluer

***[...] un certain nombre de témoins croyaient qu'il serait essentiel d'établir un mécanisme qui permettrait de consacrer les fonds fédéraux à des fins particulières, d'évaluer leur utilité et leur efficacité et de tenir responsables ceux qui les ont dépensés.***

leur utilité et leur efficacité et de tenir responsables ceux qui les ont dépensés. Un mécanisme de ce genre, recommandé par Claude Forget, prévoyait de réserver en permanence une certaine fraction de l'impôt sur le revenu des particuliers aux soins de santé, afin d'assurer la stabilité financière du système, et d'intégrer cette fraction dans les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux. Les recommandations du Comité sur la question du financement figureront dans son rapport d'octobre 2002.

## ***Principe Quatre***

**La détermination des services couverts par l'assurance-santé publique se fait d'une façon ouverte et transparente. Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas.**

Le Comité est d'avis que les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* devraient continuer d'être assurés par l'État. Les autres services de santé devraient continuer d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est actuellement le cas.

***Le Comité est d'avis que les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* devraient continuer d'être assurés par l'État. Les autres services de santé devraient continuer d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est actuellement le cas.***

Le Comité convient avec l'Association canadienne des soins de santé qu'il est maintenant temps d'examiner le dosage entre les services publics et privés du système

<sup>41</sup> Volume un, p. 5-31.

de soins de santé si les gouvernements fédéral et provinciaux veulent se doter de saines politiques publiques. L'Association, qui représente les organisations hospitalières et de santé provinciales et territoriales du Canada, a déclaré :

*Il est temps pour les gouvernements, les gestionnaires, les fiduciaires, les fournisseurs, les chercheurs et le public d'élaborer et de mettre en œuvre de saines politiques publiques pour nous permettre de réaliser le dosage approprié de services publics et privés dans notre système de soins de santé<sup>42</sup>.*

Dans cette perspective, le Comité est d'accord avec la recommandation de la commission Clair du Québec et du rapport Mazankowski de l'Alberta qu'il faudrait envisager de réexaminer le principe d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé*. Les deux rapports préconisent d'établir un comité permanent, composé de citoyens, d'éthiciens,

***Le Comité appuie la création d'un comité permanent, composé de citoyens, d'éthiciens, de médecins et de scientifiques, chargé de déterminer les services devant être assurés par l'État.***

de médecins et de scientifiques, chargé de déterminer les services devant être assurés par l'État. Un tel examen devrait mener à des décisions fondées sur les résultats dans le domaine de la couverture publique des soins de santé. Il permettrait en outre de définir les limites entre les services de santé assurés par l'État et ceux qui doivent être financés par des sources privées :

*Au départ, le comité d'experts devrait examiner les grandes catégories de services actuellement dispensés et décider s'il convient de maintenir le financement public de tous les services existants. Les services non assurés par l'État pourraient être dispensés par des fournisseurs publics ou privés de soins de santé, mais ne seraient pas payés sur les fonds publics réservés à ces soins<sup>43</sup>.*

Le Comité accepte l'esprit de la citation ci-dessus, mais ne pense pas que le comité doive être composé uniquement d'experts. Nous croyons fermement que le point de vue de ceux qui seraient directement touchés par les décisions du comité – à savoir, les citoyens – est essentiel pour que le processus soit vraiment transparent, ait la crédibilité voulue auprès du public et soit accepté par tous. De plus, seul un tel processus transparent permettrait la tenue du débat indispensable concernant les services de santé que les Canadiens sont disposés à financer sur l'argent de leurs impôts.

Le Comité convient donc avec la commission Romanow que le public doit participer au processus de détermination des services de santé à financer sur les fonds publics :

*Les Canadiens méritent d'avoir voix au chapitre lorsque vient le moment de décider quels services devraient être couverts par le régime public. Même si les élus rendent des*

<sup>42</sup> Association canadienne des soins de santé, *The Private-Public Mix in the Funding and Delivery of Health Services in Canada: Challenges and Opportunities*, Policy Brief, 2001, p. 3.

<sup>43</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 45.



*comptes à la population, il est actuellement difficile de comprendre – et souvent encore plus difficile de justifier – comment les décisions sont prises et qui sont les décideurs<sup>44</sup>.*

Déterminer quels services devraient être financés sur les fonds publics et lesquels ne le devraient pas – c'est-à-dire décider des services à inclure dans la liste des services assurés ou à en retirer – a toujours fait partie du mode de fonctionnement du régime canadien d'assurance-santé. Cela explique les différences qui existent entre les divers régimes provinciaux et territoriaux. Comme l'indique, par exemple, le Comité dans le volume un de son étude, le traitement des verrues n'est plus couvert en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, tandis qu'il demeure assuré à Terre-Neuve, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard. De même, la gastroplastie est couverte dans la plupart des provinces, mais pas au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Yukon, où les patients doivent payer eux-mêmes cette intervention<sup>45</sup>.

La révision du panier de services de santé assurés par l'État a moins pour objet de réduire les coûts que d'améliorer les décisions fondées sur les résultats dans le domaine du financement public. Il est cependant important de souligner qu'il y a des limites à ce qu'un système public de soins de santé peut fournir. Pour dire les choses simplement, l'assurance-santé publique ne peut pas tout faire pour tout le monde. Toutefois, il est essentiel que la détermination des services couverts par l'État se fasse dans le cadre d'un processus ouvert et transparent : le processus actuel, dans lequel les décisions concernant les services couverts sont prises en secret par les gouvernements en cause, sans apport du public, ne peut plus convenir.

L'honorable Monique Bégin, qui était ministre fédérale de la Santé au moment où la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée, a insisté sur ce point dans un discours récent :

*[...] chaque jour, des choix sont faits à l'insu des citoyens [...] le retrait de services de la liste, qui se fait dans le plus grand secret, doit être rendu explicite pour des raisons d'obligation redactionnelle<sup>46</sup>.*

Le Comité croit qu'un processus transparent ouvrirait la voie à un possible débat public sur la question de savoir si la population serait disposée à payer davantage au gouvernement pour que plus de services soient couverts par le régime public d'assurance-santé. Nous croyons en même temps qu'il devrait y avoir des normes nationales définissant les services qui doivent être financés sur les fonds publics dans chaque province et territoire.

***Le Comité croit qu'un processus transparent ouvrirait la voie à un possible débat public sur la question de savoir si la population serait disposée à payer davantage au gouvernement pour que plus de services soient couverts par le régime d'assurance-santé. Nous croyons en même temps qu'il devrait y avoir des normes nationales définissant les services qui doivent être financés sur les fonds publics dans chaque province et territoire.***

<sup>44</sup> Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape, p. 18.

<sup>45</sup> Volume un, p. 106-107.

<sup>46</sup> L'honorable Monique Bégin, *Revisiting the Canada Health Act (1984): What Are the Impediments to Change?*, discours prononcé à l'occasion de la conférence soulignant le 30<sup>e</sup> anniversaire de l'Institut de recherche en politiques publiques, le 20 février 2002, p. 6.



## Le gouvernement fédéral contribue en permanence au financement des technologies de la santé.

Au cours des audiences de la phase deux de son étude, le Comité a appris que, même si le Canada se classe cinquième parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est des dépenses totales consacrées aux soins de santé (en pourcentage du PIB), il se situe en général dans le dernier tiers, parmi ces mêmes pays, au chapitre de la disponibilité des technologies de la santé. Par exemple, nous sommes loin derrière d'autres pays quand il s'agit de l'accès aux services de tomographie, d'imagerie par résonance magnétique et de lithotritie<sup>47</sup>.

La disponibilité n'est pas le seul problème relatif aux technologies de la santé. Le « vieillissement » de ces technologies est également un sujet de préoccupation. Par exemple, d'après les renseignements fournis au Comité, entre 30 et 63 % des dispositifs d'imagerie actuellement utilisés au Canada sont désuets. Les témoins ont dit au Comité que la pénurie de nouveaux appareils et l'utilisation d'équipements périmés nuisent au diagnostic et limitent la qualité des traitements dispensés<sup>48</sup>.

Le gouvernement fédéral a réagi aux déficits qui existent sur le plan des technologies de la santé. En septembre 2000, il a annoncé qu'il investirait un montant total d'un milliard de dollars en 2000-2001 et 2001-2002 pour aider les provinces et les territoires à acquérir de nouveaux équipements médicaux. Le Comité se réjouit de l'injection de nouveaux fonds fédéraux, considérant qu'il s'agit là d'une importante étape sur la voie de l'acquisition de technologies de santé nécessaires.

Toutefois, le Comité s'inquiète de l'absence apparente de mécanismes qui imposeraient aux provinces et aux territoires de rendre compte de l'utilisation des fonds destinés à l'achat de nouveaux équipements. C'est pour cette raison que nous croyons fermement, comme nous le mentionnons sous le principe trois, qu'un mécanisme de responsabilisation sensiblement meilleur est nécessaire pour rendre compte de l'utilisation des fonds fédéraux destinés à des fins particulières.

**[...] le Comité s'inquiète de l'absence apparente de mécanismes qui imposeraient aux provinces et aux territoires de rendre compte de l'utilisation des fonds destinés à l'achat de nouveaux équipements. C'est pour cette raison que nous croyons fermement, comme nous le mentionnons sous le principe trois, qu'un mécanisme de responsabilisation sensiblement meilleur est nécessaire pour rendre compte de l'utilisation des fonds fédéraux destinés à des fins particulières.**

Dans l'ensemble, le Comité croit que le gouvernement fédéral devrait prendre l'engagement de réaliser à long terme un programme de financement des technologies de la santé. À notre avis, un tel programme devrait comprendre des mécanismes clairs de

<sup>47</sup> Volume deux, p. 40.

<sup>48</sup> Volume deux, p. 41.

responsabilisation des provinces et des territoires quant à leur utilisation de ces fonds fédéraux ciblés. On trouvera au chapitre 3 nos conclusions et recommandations à cet égard.

## *P* *Principe* *Six*

### **Le gouvernement fédéral consacre davantage d'argent aux éléments du secteur de la santé et des soins de santé vis-à-vis desquels il assume d'importantes responsabilités.**

Le Comité est d'avis que le gouvernement fédéral devrait prouver son engagement à améliorer la santé des Canadiens et faire d'autres investissements dans les secteurs importants où il assume des responsabilités de premier plan, comme la promotion et la protection de la santé, la recherche en santé, les systèmes d'information sur la santé et l'évaluation des technologies de la santé. Dans le volume quatre de son étude<sup>49</sup>, le Comité énonce un certain nombre d'objectifs qu'à son avis le gouvernement devrait activement chercher à atteindre dans ces domaines. En voici quelques-uns :

- promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles d'autres pays;
- jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé;
- protection de la santé : renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;
- promotion de la santé et prévention des maladies : élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif précis d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;
- mieux-être : encourager les stratégies d'amélioration de la santé de la population qui agissent sur toute la gamme des déterminants de la santé.

La santé des Autochtones devrait constituer une priorité du gouvernement fédéral. Le Comité a déjà affirmé sans équivoque que la santé des Canadiens autochtones est une honte nationale. Il estime que, compte tenu de ses responsabilités constitutionnelles, le gouvernement fédéral doit agir immédiatement pour remédier au piètre état de santé et aux difficiles conditions socioéconomiques qui affligent les collectivités autochtones.

Nous présentons des recommandations précises concernant l'évaluation des technologies de la santé au chapitre 3, les systèmes d'information sur la santé au chapitre 4 et la

---

<sup>49</sup> Volume quatre, p. 21-27.



recherche en santé au chapitre 5. Nous examinons au chapitre 7 les questions relatives à la santé des Autochtones et à la promotion de la santé.

## *P* *Principe* *S* *Sept*

**Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.**

Le Comité croit que les gouvernements devraient bien comprendre les conséquences des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin, et qu'ils devraient les expliquer clairement au public, avec le plus de détails possible, au moment où ces changements sont annoncés et mis en œuvre. La transparence et la responsabilité gouvernementales l'exigent. Le manque de transparence a également été évoqué dans le rapport Romanow : « Il faut faire preuve d'une plus grande transparence en ce qui a trait aux dépenses. Quelles sont les sommes dépensées? Quels sont les déterminants? Qui dépense ces sommes? Qu'est-ce qui résulte de ces dépenses<sup>50</sup>? »

Ce principe s'appliquerait aussi bien aux augmentations qu'aux diminutions du financement gouvernemental. Les diminutions se traduisent par un rationnement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Dans ce cas, le gouvernement doit expliquer quels services seront rationnés. Si des augmentations des dépenses consacrées aux soins de santé sont nécessaires, les gouvernements doivent indiquer clairement comment les augmentations seront financées et quelles en seront les répercussions sur la prestation des services de santé.

À l'heure actuelle, la répartition des fonds semble en général se faire par négociation entre les divers groupes du système de soins de santé. Elle ne se fonde pas sur une connaissance systématique des résultats des soins, de l'accès aux soins ou des prédictions vérifiables relatives aux conséquences des changements de financement. Jusqu'ici, les organisations de soins et les ministères de la Santé n'ont pas été en mesure de dire aux Canadiens si les changements antérieurs apportés à la prestation

***La raison la plus importante pour laquelle le public doit comprendre les conséquences pour les services de santé des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin est de faire évoluer le débat : au lieu d'être strictement basée sur les données financières, la discussion pourra également porter sur les services couverts, la longueur des files d'attente, la qualité des résultats, etc. Le débat public prendrait alors l'orientation qu'il aurait dû avoir depuis un certain temps déjà. Autrement dit, il porterait sur les niveaux et normes de service à assurer aux patients.***

<sup>50</sup> Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape, p. 28.



des services de santé ont abouti à des résultats positifs ou négatifs quant à l'accès aux soins et à leur qualité. La mise en place d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE), que nous examinons en détail à la section 2.4, est la première étape menant vers un processus de décision fondé sur les résultats.

La raison la plus importante pour laquelle le public doit comprendre les conséquences pour les services de santé des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin est de faire évoluer le débat : au lieu d'être strictement basée sur les données financières, la discussion pourra également porter sur les services couverts, la longueur des files d'attente, la qualité des résultats, etc. Le débat public prendrait alors l'orientation qu'il aurait dû avoir depuis un certain temps déjà. Autrement dit, il porterait sur les niveaux et normes de service à assurer aux patients. À l'heure actuelle, un tel débat est impossible parce que les Canadiens n'ont aucun moyen de faire le lien entre les déclarations concernant le financement des soins de santé et ce qui compte vraiment pour eux, c'est-à-dire les répercussions des différents niveaux de financement sur les services de santé fournis au public, sur leur qualité et sur le temps qu'il faut attendre pour recevoir ces services.

## 2.2 Prestation des soins de santé

*(Nota : Le lecteur trouvera, à la fin du présent chapitre, trois diagrammes illustrant les réformes que propose le Comité sous les rubriques des principes huit à treize.)*

### *Principe Huit*

**La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.**

Depuis 30 ans, le budget global est le mécanisme de financement dominant de la quasi-totalité des hôpitaux de soins actifs du Canada. Il y a une bonne raison à cela : le budget global a certes des caractéristiques intéressantes. Il permet une comptabilité simplifiée tant pour les hôpitaux que pour les ministères provinciaux de la Santé et, ce qui est probablement plus important pour les gouvernements, il offre une méthode de contrôle des coûts.

Le budget global a, par ailleurs, un certain nombre d'inconvénients, le premier étant une perte d'information progressive et permanente sur le coût des choses. Selon certains témoins, il est vraiment honteux, dans un système aussi perfectionné que celui des soins de santé, que même les cadres supérieurs ignorent, par exemple, à combien revient une simple appendicectomie.

À cause du manque de rétroaction financière, il n'y a pas de repères pour comparer le rendement sur quelque base que ce soit, financière ou autre. Cela permet aux hôpitaux ou aux régions au rendement le moins élevé d'enraciner leurs pratiques inefficaces et de continuer d'agir sans se préoccuper du rendement. Ensuite, ont ajouté les témoins, le budget global a tendance à placer les patients au bas de la liste des priorités.

Les Vertesi, chef du département de médecine d'urgence au Royal Columbian Hospital de Vancouver, a proposé de remplacer le budget global par un financement fondé sur les services dispensés (FSD)<sup>51</sup>. Le FSD est une forme de rémunération fondée sur l'activité dans laquelle une valeur monétaire est attribuée à chaque type de service hospitalier et l'établissement ne reçoit un paiement qu'après avoir fourni le service en question. Selon le Dr Vertesi, le FSD aurait un certain nombre d'avantages immédiats, qui se manifesteraient tout de suite après la mise en œuvre du nouveau mode de rémunération :

- En changeant de façon radicale les incitatifs, le nouveau mode de rémunération mettrait un terme au cercle vicieux de l'escalade des coûts;
- Il établirait des repères qui mettraient en évidence les hôpitaux et les régions les moins efficaces, pour qu'il soit possible de les aider;
- Il permettrait aux ministères de la Santé d'établir des normes et de surveiller les hôpitaux;
- Il raccourcirait les files d'attente;
- Étant axé sur les patients, il donnerait plus de poids aux choix de ces derniers;
- Les hôpitaux capables de dispenser des services à un prix compétitif verraient renaître l'espoir et seraient en mesure d'offrir de l'aide aux autres.

Le ministère de la Santé ou la régie régionale de la santé fixerait la valeur de chaque service hospitalier. En maintenant la détermination de cette valeur sous contrôle gouvernemental, la nouvelle formule augmenterait l'influence du gouvernement sur l'orientation du changement au lieu de la diminuer. Des contrôles ciblés seraient possibles, en remplacement des plafonds globaux de financement. Même de petits changements des valeurs relatives pourraient avoir d'importantes répercussions sur l'orientation et le rythme du changement. En définitive, tant que les valeurs demeurent assujetties au contrôle du gouvernement, le financement total ne peut pas dépasser ce que les gouvernements souhaitent dépenser.

Selon les témoignages reçus par le Comité, une telle méthode de rémunération des services hospitaliers entraînerait la création de centres spécialisés dans des interventions chirurgicales ou des traitements particuliers, surtout dans les grandes régions urbaines. Une telle évolution de la prestation des services hospitaliers devrait être encouragée à cause des hausses de rendement qu'elle assure, hausses qui contribueraient aussi à l'amélioration de la qualité des services.

Les hôpitaux ou les régions ayant une expertise particulière devraient pouvoir « vendre » leurs services à d'autres régions en passant des contrats avec elles. Ainsi, les régions pourraient dispenser un volume de services suffisant pour réaliser de meilleurs résultats.

Les premiers ministres provinciaux et les chefs des gouvernements territoriaux ont reconnu les avantages de la spécialisation dans le cas de certains services hospitaliers en convenant, lors de leur réunion de janvier 2002, de partager des ressources humaines et de

---

<sup>51</sup> Voir son document intitulé *Broken Promises: Why Canadian Medicare is in Trouble and What Can Be Done to Save It* (manuscrit inédit).



l'équipement grâce à l'établissement de « sites d'excellence » pour certaines interventions chirurgicales complexes<sup>52</sup>.

Le Comité croit que les hôpitaux devraient, dans la mesure du possible, être financés sur la base de leurs services (c'est-à-dire selon un mode de financement fondé sur les services dispensés) plutôt que sur la base d'un budget annuel global. Ce mode de financement semble constituer une forme de rémunération appropriée, surtout dans le cas des hôpitaux communautaires. Nous admettons qu'il pourrait être nécessaire d'envisager une autre forme de paiement dans le cas des hôpitaux universitaires, où les activités cliniques sont difficiles à distinguer de l'enseignement et de la recherche et où les services dispensés sont souvent très différents les uns des autres. Nous sommes également conscients de la crainte que la rémunération des hôpitaux selon les services dispensés n'occasionne l'administration de traitements non nécessaires. Le Comité examinera ces questions en détail dans le volume six de son étude.

***Le Comité croit que les hôpitaux devraient, dans la mesure du possible, être financés sur la base de leurs services (c'est-à-dire selon un mode de financement fondé sur les services dispensés) plutôt que sur la base d'un budget annuel global.***

Le Comité estime que la rémunération des hôpitaux sur la base de la valeur pré-établie de chaque service dispensé est essentielle pour que le gouvernement et le public comprennent les répercussions des changements apportés au financement sur le nombre et le genre des services qu'il est possible de dispenser dans le cadre d'un budget gouvernemental fixe affecté aux soins de santé. C'est également une première étape essentielle pour faire la transition vers un système où les acheteurs et les fournisseurs sont répartis selon le principe treize ci-dessous.

Certains pourraient se demander s'il n'est pas contradictoire pour le Comité de recommander, d'une part, l'adoption d'une formule de financement basée sur les services dispensés dans le cas des hôpitaux et, de l'autre, l'élimination de la rémunération à l'acte dans le cas des médecins (comme nous le préconisons au principe onze ci-dessous). En d'autres termes, pourquoi le Comité propose-t-il d'adopter, dans le cas des hôpitaux, une formule de financement à peu près équivalente à la méthode de rémunération des médecins dont il préconise de s'écarter?

La réponse, selon nous, réside dans l'effet qu'exerce un système de paiement dans différentes situations. Tant la rémunération à l'acte que le financement fondé sur les services dispensés encouragent les fournisseurs (médecins ou hôpitaux) à augmenter le volume de leurs services. Dans le cas des médecins, cela peut inciter à donner plus d'importance au nombre de patients qu'à la qualité des soins. Voilà pourquoi d'autres formes de rémunération doivent être adoptées pour les médecins de soins primaires. Cependant, dans le cas des hôpitaux, une mesure qui incite à dispenser davantage de services est exactement ce dont nous avons besoin, compte tenu des listes d'attente actuelles. Par conséquent, le passage au FSD pourrait être avantageux. Les principes huit et onze donnent une bonne idée des efforts qu'a faits le

---

<sup>52</sup> Les services hospitaliers spécialisés comprennent, par exemple, la chirurgie cardiaque pédiatrique et la neurochirurgie au scalpel gamma.



Comité pour trouver des incitatifs de nature à susciter les changements de comportement qu'il estime nécessaires.

Le Comité souligne qu'en finançant les hôpitaux selon les services dispensés et en séparant la fonction de financement de la fonction de prestation institutionnelle des services, on aboutit à un système dans lequel la question de la propriété du fournisseur institutionnel de services a peu d'importance. Nous croyons que le patient et le responsable de financement seront tous deux bien servis indépendamment de la structure de propriété de l'établissement de soins de santé, pourvu que les deux conditions suivantes soient remplies :

1. Tous les établissements d'une province reçoivent le même montant pour une procédure ou un service médical donné.
2. Tous les établissements, indépendamment de leur structure de propriété, sont soumis au même système rigoureux et indépendant de contrôle de la qualité et d'évaluation (voir principes quinze et seize).

La première condition assure que la forme de propriété importe peu pour le responsable du financement, et la seconde, qu'elle importe peu pour le patient, car aucun établissement ne peut faire passer les bénéfices avant la qualité des soins.

Le Comité tient à établir clairement qu'il ne favorise pas la création d'établissements privés à but lucratif. Nous ne croyons pas non plus que ces établissements devraient être interdits, pas plus qu'ils ne le sont actuellement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>53</sup>. De plus, comme nous l'avons dit au chapitre un (section 1.4), nous nous attendons à ce qu'une écrasante majorité des fournisseurs institutionnels continuent d'être, comme aujourd'hui, des établissements privés sans but lucratif.

Au cours des audiences tenues partout dans le pays, certains témoins ont exprimé la crainte qu'une participation à contrat du secteur privé n'expose le système public canadien de soins de santé à des contestations commerciales. Le rapport de la commission Romanow mentionnait à cet égard que « notre capacité de proposer des réformes et des innovations pour le système de soins de santé pourrait être réduite par certaines dispositions des accords commerciaux internationaux<sup>54</sup> ».

Le Comité a demandé des renseignements à ce sujet à Santé Canada et au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Des cadres supérieurs de ces ministères nous ont informés que le gouvernement fédéral avait toujours maintenu la même position à l'égard des soins de santé et des accords commerciaux internationaux : le secteur canadien des soins de santé n'est pas négociable.

L'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) préserve la capacité du Canada de maintenir ou d'établir toute mesure pour des fins publiques, y compris les soins de santé. De même, en vertu de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'OMC,

---

<sup>53</sup> Comme l'honorable Monique Bégin et d'autres l'ont souligné, bien des idées fausses circulent au sujet de la disposition de la *Loi canadienne sur la santé* relative à l'« administration publique » (voir la note 77 ci-dessous). À ce propos, voir également la section du volume 1 de l'étude du Comité portant sur les mythes et les réalités, p. 108.

<sup>54</sup> *Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape*, p. 44.

l'exclusion « des services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental », alliée à l'absence d'engagements de la part du Canada en ce qui concerne les services de santé, assure la souplesse nécessaire sur le plan des politiques pour préserver notre système public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin. Le Canada maintient la même position aux négociations de la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA).

Dans l'ensemble, le Comité croit qu'il a reçu des assurances suffisantes de la part de Santé Canada et du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international pour être persuadé que les accords commerciaux internationaux ne menacent pas ni ne menaceront dans l'avenir le système public de soins de santé du Canada.

## ***Principe Neuf***

### **Les régies régionales de la santé sont chargées de l'achat des services hospitaliers auprès des établissements de leur région.**

Au cours des dernières décennies, la plupart des provinces (à part l'Ontario) ont établi des régies régionales de la santé. Ces régies sont chargées d'évaluer les besoins de la population d'une zone géographique donnée, de fixer les priorités du système et d'affecter des ressources en fonction de ces besoins. À l'heure actuelle, les hôpitaux et beaucoup d'autres fournisseurs de services de santé sont supervisés par les régies régionales.

L'une des critiques adressées aux régies est que leur contrôle des dépenses est limité. En gros, elles reçoivent du gouvernement provincial un budget qu'elles transmettent simplement aux hôpitaux et à d'autres fournisseurs de soins. Ce faisant, elles ne peuvent orienter les priorités et dépenser pour ce dont elles sont, en théorie, responsables. Elles n'ont pas non plus la possibilité de récompenser les fournisseurs efficaces. En particulier, les régies régionales de la santé ne contrôlent pas le coût des services dispensés par les médecins, ce qu'elles devraient pouvoir faire pour gérer efficacement les services de santé de leur région.

***[...] les régies régionales de la santé ne contrôlent pas le coût des services dispensés par les médecins, ce qu'elles devraient pouvoir faire pour gérer efficacement les services de santé de leur région.***

Le Comité a appris qu'il est possible de remédier à ce problème en établissant un « marché interne » dans lequel les régies régionales seraient chargées d'acheter les services de santé pour le compte de la population locale :

*Dans un « marché interne », les régies régionales de la santé tiennent les cordons de la bourse et choisissent parmi les fournisseurs sur la base de la qualité et du prix, au lieu de financer tout simplement les décisions de ceux qui utilisent les ressources<sup>55</sup>.*

<sup>55</sup> Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Mitton, "Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad", *C.D. Howe Institute Commentary*, avril 2001, p. 8.

Une telle forme de « marché interne » peut engendrer une certaine concurrence entre les hôpitaux et d'autres établissements sur la base de la qualité et du prix. Elle crée des incitatifs pouvant amener les fournisseurs à s'intéresser davantage à leurs coûts et à prendre des décisions au sujet des services à fournir, des patients à soigner et des normes à appliquer. De plus, une réforme de ce genre peut conduire à une reconfiguration des services qui correspond mieux aux besoins de la population.

Le Comité croit que la cession de la fonction d'achat aux régies régionales de la santé fait partie de la première étape de la réforme du système de soins de santé au Canada. En fait, les régies régionales existent dans la plupart des provinces et un important pourcentage des dépenses de soins de santé sont faites dans les grandes villes et aux alentours, ce qui ouvre la voie à une certaine concurrence entre les fournisseurs. En même temps, le Comité comprend qu'il faudra de la souplesse dans l'application de ce principe pour tenir compte des différences de taille entre les régions, de leur composition rurale-urbaine et du nombre de fournisseurs et d'établissements de soins de santé qui s'y trouvent.

***Le Comité croit que la cession de la fonction d'achat aux régies régionales de la santé fait partie de la première étape de la réforme du système de soins de santé au Canada.***

Nous croyons cependant qu'au fil du temps, il faudrait pousser plus loin la cession de la fonction d'achat – jusqu'aux équipes de soins primaires – afin de décentraliser la prise de décisions et d'offrir des soins mieux adaptés aux besoins des patients (voir principe treize). Comme nous l'avons mentionné à la section 1.4, ce changement ferait partie de la deuxième étape de la réforme.

## ***P*** ***Principe*** ***D*** ***Dix***

**La réforme des soins primaires aboutira à une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept.**

Tous les rapports récents des provinces recommandent la création d'un réseau de groupes de soins primaires. Toutes les propositions ont des caractéristiques communes :

- accès permanent à des soins primaires complets 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- inscription des patients, sur une base annuelle, dans le groupe de soins primaires de leur choix ;
- meilleure utilisation de la gamme des fournisseurs de soins de santé grâce à la formation d'équipes pluridisciplinaires;



- intégration et coordination de tous les services de santé grâce au « contrôle de l'accès »;
- possibilité d'extension de la couverture publique d'assurance-santé;
- passage à un autre mode de rémunération des médecins (de la rémunération à l'acte à la capitation ou à une rémunération mixte).

D'accord avec différentes commissions provinciales de la santé, le Comité croit que la réforme des soins primaires devrait mener à la création de cliniques ou de cabinets de médecine de groupe ouverts 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour donner ces soins. Cela permettrait aux patients d'avoir accès en permanence à un centre de soins primaires complets qui représenterait leur premier point de contact avec le système de soins de santé. En même temps, le fonctionnement du secteur des soins primaires serait plus efficace et réduirait considérablement la pression qui s'exerce sur les salles d'urgence des hôpitaux.

Les recommandations des rapports provinciaux divergeaient cependant sur la question de savoir dans quelle mesure les groupes de soins primaires seraient responsables de l'achat des services de santé pour le compte de leurs patients. Selon la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, ces groupes, en plus de dispenser des soins primaires, devraient aussi se charger de l'achat d'une vaste gamme de services de santé pour le compte de leurs patients, notamment les services des hôpitaux, des spécialistes, de la santé publique, des centres de réadaptation et des établissements de soins à long terme, les soins à domicile et les soins communautaires<sup>56</sup>.

Même si de nombreuses commissions provinciales ont recommandé une réforme des soins primaires, aucun modèle particulier pouvant s'appliquer universellement n'a été proposé. La commission Romanow a fait la même observation :

*Les modèles et les approches possibles [pour la réforme des soins de santé primaires] sont innombrables, mais la plupart ont un élément en commun, soit le fait que les gouvernements financeraient ces organisations en fonction d'une combinaison d'éléments, comme le nombre de patients inscrits, la population desservie et les résultats obtenus. En fait, bien que des mesures aient été prises dans toutes les provinces pour mettre en œuvre des projets pilotes sur les soins de santé primaires, bon nombre de personnes soutiennent que, parce que les soins de santé primaires sont le principal catalyseur du changement dans le système de santé, il est temps de cesser de discuter et de passer enfin à l'action<sup>57</sup>.*

Il faudra donc de la flexibilité pour décider comment appliquer ce principe. De plus, l'expérience d'un certain nombre de provinces et de territoires a montré que l'organisation de groupes de soins primaires n'est ni facile ni bon marché. En fait, comme nous l'expliquons à

<sup>56</sup> Le rapport Mazankowski reconnaît et appuie le mouvement vers une réforme des soins primaires, parallèlement à un changement de la rémunération des médecins de soins primaires. Toutefois, selon le rapport, les régies régionales de la santé devraient conserver la fonction d'achat. Par conséquent, le rapport recommande qu'une partie du budget des services dispensés par les médecins soit réservée aux régies régionales, qui pourraient alors passer des contrats avec eux pour la prestation des soins primaires. De même, tant la commission Clair du Québec que la commission Fyke de la Saskatchewan croient que les régies régionales de la santé devraient organiser et gérer des cliniques de soins primaires, retenant à contrat ou employant autrement tous les fournisseurs, y compris les médecins.

<sup>57</sup> *Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape*, p. 34.

la section 1.1, le coût de la restructuration est l'un des motifs pour lesquels le Comité a conclu que le système actuel n'est pas viable sur le plan financier. Nous examinons d'autres conclusions relatives à la réforme des soins primaires au chapitre six du présent rapport.

## *Principe Onze*

**Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.**

La rémunération à l'acte est la forme dominante de paiement des médecins de soins primaires au Canada. Presque 90 % des omnipraticiens sondés par le Collège des médecins de famille du Canada disent toucher des paiements à l'acte<sup>58</sup> et tirent en moyenne 88 % de leur revenu total de cette source<sup>59</sup>. Même si en 1999-2000, plus de 20 % des médecins canadiens étaient rémunérés en partie selon d'autres formules pour les soins cliniques dispensés – par exemple un salaire ou une rémunération par capitation –, dans la plupart des provinces, moins de 10 % des médecins étaient principalement rémunérés selon ces formules<sup>60</sup>.

Dans un régime de rémunération à l'acte, les médecins de soins primaires reçoivent des honoraires pour chaque service qu'ils dispensent à un patient, selon un barème fixe. Ce mode de rémunération est, d'une part, relativement simple et transparent et, de l'autre, assez facile à administrer. Il a l'avantage d'être bien connu au Canada, aussi bien des patients que des médecins.

La rémunération à l'acte a cependant des inconvénients. D'après beaucoup de témoins, elle inciterait le médecin de soins primaires à faire du « surtraitement » : plus il dispense de services, plus il touche de revenus, indépendamment des besoins du patient, des résultats obtenus ou du coût de la prestation du service. De plus, la rémunération étant associée au service, le médecin n'a aucun avantage financier à s'établir dans une région où les besoins sont plus grands, tant qu'il peut assumer sa charge de travail et gagner le revenu auquel il aspire en répondant à des besoins moindres à l'endroit où il préfère travailler.

Beaucoup de commissions et de groupes de travail provinciaux ont déclaré, pour ces raisons, que la rémunération à l'acte est incompatible avec une utilisation optimale du temps et des compétences des médecins de soins primaires. De plus, les rapports provinciaux signalent que cette forme de rémunération est également incompatible avec une réforme des soins primaires. Comme les médecins sont payés pour chaque service qu'ils dispensent, ils ont intérêt à administrer des traitements que d'autres professionnels de la santé pourraient fournir à un coût moindre. Cette situation a découragé la formation de cliniques pluridisciplinaires ou de groupe.

<sup>58</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dispensateurs de soins au Canada*, 2001, p. 73.

<sup>59</sup> Hutchison, Brian, Julia Abelson et John Lavis, «Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change», dans *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 117.

<sup>60</sup> ICIS, *op.cit.*, p. 74.



Les commissions et les groupes de travail provinciaux – plus précisément la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, la commission Clair du Québec et le rapport Mazankowski de l'Alberta – ont tous recommandé l'adoption, dans le cas des médecins de soins primaires, d'un régime de rémunération mixte comprenant des éléments de capitation<sup>61</sup>, de rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération. Ils reconnaissaient ainsi qu'un seul régime ne peut pas convenir dans toutes les situations :

*Les recherches faites à ce jour n'ont pas identifié un mode de financement idéal, chaque mode ayant des avantages et des inconvénients. Les décideurs doivent évaluer leur propre situation, comprendre les risques et les avantages de chaque modèle de paiement et décider eux-mêmes quel modèle répond le mieux aux besoins des bailleurs de fonds, des fournisseurs de services et de la collectivité à desservir<sup>62</sup>.*

Le Comité convient avec les commissions et les groupes d'étude provinciaux qu'il faudrait substituer à la rémunération à l'acte des omnipraticiens une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération ou de mesures incitatives. La rémunération mixte inciterait les omnipraticiens à la fois à travailler fort et à s'occuper d'un grand nombre de patients, comme ils le font actuellement (dans le cadre de la rémunération à l'acte), et d'insister davantage sur la prévention

***Le Comité convient avec les commissions et les groupes d'étude provinciaux qu'il faudrait substituer à la rémunération à l'acte des omnipraticiens une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération ou de mesures incitatives.***

et la santé publique (dans le cadre de la rémunération par capitation). Cependant, les médecins n'ont pas tous les mêmes aspirations financières et ne réagissent pas de la même façon aux diverses mesures incitatives. Il faut prévoir une certaine souplesse dans le système de rémunération employé pour les divers cabinets de médecine de groupe.

Néanmoins, le Comité reconnaît que, pour entreprendre une réforme des soins primaires, il est indispensable de s'écarter de l'actuel régime de rémunération à l'acte. Autrement, les médecins de famille n'auraient aucune raison de laisser leurs patients voir d'autres membres du personnel de la clinique.

La plupart des modèles de réforme des soins primaires impliquent l'inscription des patients auprès d'un médecin ou d'un cabinet de groupe particulier pour une période prédéterminée (ordinairement un an). La mise en œuvre d'une réforme de ce genre donnera donc l'impression au

***Néanmoins, le Comité reconnaît que, pour entreprendre une réforme des soins primaires, il est indispensable de s'écarter de l'actuel régime de rémunération à l'acte. Autrement, les médecins de famille n'auraient aucune raison de laisser leurs patients voir d'autres membres du personnel de la clinique.***

<sup>61</sup> Dans le système de rémunération par capitation, une unité de soins reçoit un paiement annuel pour chaque personne qu'elle doit desservir. Le montant du paiement peut dépendre de l'âge et des antécédents médicaux de la personne, mais non du nombre de visites qu'elle effectue à l'unité pendant l'année.

<sup>62</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Systèmes intégrés de santé au Canada : Trois synthèses de politiques – Questions et réponses*, juillet 1999, p. 2.



patient qu'il a moins de choix et au médecin, qu'il n'est pas libre de pratiquer la médecine comme il l'entend.

Comme le patient n'a à s'inscrire auprès d'un omnipraticien que pour un an (à moins de déménager), la restriction qui lui est imposée n'est pas très importante. De même, il serait difficile d'affirmer qu'on limite sérieusement la liberté des médecins de pratiquer comme ils le souhaitent en les encourageant à faire appel aux compétences de tous les membres de leur équipe de soins de santé (par exemple, en modifiant les règles du cabinet pour permettre aux infirmières praticiennes d'utiliser toutes leurs connaissances).

De plus, le Comité sait qu'il faut se pencher sur le mode de rémunération des spécialistes et des médecins qui travaillent dans des hôpitaux universitaires, et c'est ce qu'il fera dans le volume six de son étude.

## *Principe Douze*

**De nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions sont élaborées pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.**

Nous examinons au chapitre 6 les questions relatives au champ d'activité des différents fournisseurs de soins de santé. Le Comité croit qu'il faut élaborer de nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions pour permettre à tous les fournisseurs de soins primaires de dispenser l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés. Il estime en outre qu'il serait très avantageux d'uniformiser le plus possible ces mesures à l'échelle du pays. L'existence de normes nationales renforcerait chez les Canadiens l'idée que leur système de soins de santé a vraiment un caractère national, et non provincial.

Dans l'ensemble, le secteur des soins primaires fonctionnerait mieux, sans perte d'efficacité médicale, si des fournisseurs de services tels que les infirmières praticiennes étaient en mesure de dispenser tout l'éventail de services qu'ils ont appris à fournir. Cela laisserait plus de temps aux omnipraticiens pour s'occuper des patients qui ont vraiment besoin de leurs compétences, de leur expérience et de leurs qualités particulières.

***Le Comité croit qu'il faut élaborer de nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.***

En outre, pour en arriver à établir une meilleure répartition des fournisseurs de soins de santé, il faudra faire plus que changer leur façon d'exercer: on devra peut-être aussi changer les méthodes d'éducation et de formation. Le Comité est conscient que le succès de la mise en œuvre de ce principe dépendra d'un changement de l'approche de réglementation adoptée par les professions autonomes.

**Durant la seconde étape de la réforme des soins de santé, un « marché interne » devrait probablement être constitué où les équipes de soins primaires achèteraient, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.**

Au cours de la phase trois de son étude, le Comité a recueilli beaucoup de renseignements au sujet du système britannique d'enveloppes budgétaires pour les omnipraticiens. Dans le volume trois, nous avons expliqué que les omnipraticiens qui participent à ce système reçoivent un budget qu'ils utilisent pour acheter des soins à l'intention de leurs patients, y compris les services hospitaliers, les services de spécialistes et les médicaments d'ordonnance<sup>63</sup>.

Le Comité a appris que l'objet de l'établissement d'un tel « marché interne » au Royaume-Uni était de surmonter un important inconvénient : les médecins contrôlent une importante activité et de grandes dépenses de soins de santé sans répercussions financières pour eux-mêmes et sans un incitatif financier pouvant les amener à se soucier des frais que leurs décisions imposent à l'ensemble du système de soins de santé. Les responsables britanniques pensaient en outre que les omnipraticiens feraient des achats plus avantageux pour leurs patients qu'une régie régionale de la santé :

*L'omnipraticien était plus proche de ses patients et pouvait sans doute répondre efficacement à leurs besoins; il était en outre mieux armé pour négocier avec les hôpitaux locaux. En principe, la nécessité pour les omnipraticiens de respecter le budget qui leur est attribué et la possibilité pour les patients de changer de médecin devaient renforcer la responsabilité financière et améliorer la qualité des soins.*

[...]

*Le système des enveloppes budgétaires incitait ceux qui adhéraient au régime à une plus grande efficacité, puisqu'ils pouvaient investir toute économie réalisée sur leur budget dans l'amélioration des soins donnés aux patients et du cabinet. Les détenteurs des enveloppes avaient en outre la possibilité de déplacer des fonds entre les différentes rubriques du budget, de façon à répartir celui-ci selon les besoins. Par ailleurs, ceux qui manquaient à plusieurs reprises leur objectif budgétaire rataient de perdre la gestion de leur enveloppe<sup>64</sup>.*

D'après les témoignages reçus, une réforme du « marché interne » qui suivrait le modèle des enveloppes budgétaires des omnipraticiens britanniques pourrait aboutir à des résultats très positifs au Canada. Plus particulièrement, Jérôme-Forget et Forget ont proposé, dans leur livre de 1998, la création de cliniques (appelées « agences médicales ciblées » ou AMC)

<sup>63</sup> Volume trois, p. 35-42.

<sup>64</sup> « Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System », p. 13.

composées d'omnipraticiens, de spécialistes et d'autres fournisseurs de services de santé qui seraient financièrement responsables de tous les besoins en soins de leurs patients. Pour Jérôme-Forget et Forget, les AMC, à titre d'agents acheteurs, seraient beaucoup plus efficaces et économiques que les régies régionales de la santé dans le même rôle :

*En faisant des médecins les principaux décideurs en matière de services de santé, notre proposition de réforme vise à décentraliser les décisions médicales et les responsabilités financières à un niveau beaucoup plus proche des patients. [...] plusieurs réformes axées sur les marchés internes ont partiellement raté cet objectif en confiant la responsabilité des achats à de trop grands organismes. Les autorités de santé régionales [...] constituent des structures bureaucratiques trop lourdes pour voir à la négociation des contrats avec chaque fournisseur. [...] L'expérience [internationale] montre ainsi que les grands acheteurs sont impuissants à stimuler l'utilisation efficace des ressources en l'absence d'une stricte réglementation du comportement des médecins, mesure qui irait à l'encontre de la tradition d'autonomie des médecins canadiens. Cela dit, les acheteurs doivent être assez importants pour profiter de l'interaction professionnelle parmi les médecins et couvrir les frais de gestion et d'administration supplémentaires qui leur incombent<sup>65</sup>.*

La Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario a formulé une recommandation semblable<sup>66</sup>. Dans sa proposition, des équipes pluridisciplinaires rémunérées principalement par capitation auraient la responsabilité permanente et exclusive de répondre aux besoins de soins de santé d'une population donnée. De plus, dans leur rôle de « contrôleurs d'accès », ces équipes établiraient des contacts avec d'autres fournisseurs institutionnels de la région. À terme, il serait possible de leur confier le contrôle de l'ensemble du budget de soins de santé attribué à la population dont elles sont responsables.

Il faut reconnaître que, même si l'on peut chaudement recommander à la population un tel réseau d'équipes de soins primaires, il serait impossible de forcer les Canadiens à l'accepter. Selon certains témoins, on pourrait inciter les patients à accepter de s'inscrire auprès d'une équipe de soins primaires de leur choix en imposant des frais à ceux qui choisissent de consulter des médecins extérieurs au réseau de leur équipe.

Dans l'ensemble, le Comité croit que l'on devrait probablement créer un « marché interne » dans lequel la responsabilité financière serait confiée à des équipes de soins primaires. Nous comprenons cependant que certaines provinces et certains territoires puissent préférer déléguer les pouvoirs d'achat aux régies régionales de la santé.

Une fois de plus, le Comité tient à souligner qu'il faudra de la souplesse pour appliquer ce principe afin de tenir compte des différences entre régions sur les plans de la population, de la composition rurale-urbaine et du nombre de fournisseurs et d'établissements de soins de santé qui s'y trouvent. Nous avons l'intention d'examiner de plus près la deuxième étape de la réforme dans le volume six de notre étude.

---

<sup>65</sup> *Qui est maître à bord?*, p. 117.

<sup>66</sup> Voir son rapport intitulé *Primary Health Care Strategy*, op.cit., p. 34-40.



## *Principe Quatorze*

**Une stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) permet de garantir une offre suffisante de fournisseurs de soins de santé et une exploitation optimale de leurs services.**

Toutes les organisations nationales, provinciales et territoriales représentant les fournisseurs de soins de santé qui ont comparu devant le Comité depuis le début de son étude ont insisté sur le fait que le pays a besoin d'une stratégie de ressources humaines unique, proprement canadienne et à long terme coordonnée par le gouvernement fédéral. La concurrence qui s'exerce entre les différents ordres de gouvernement pour accaparer des ressources professionnelles rares nuit au pays.

Il importe de souligner que cette stratégie ne doit être ni exclusivement ni principalement fédérale : elle doit faire intervenir toutes les parties en cause et se fonder sur le fait que l'éducation et la formation des fournisseurs de soins de santé relèvent de la compétence des provinces et des territoires.

Le Comité se réjouit de l'annonce faite l'automne dernier par la ministre du Développement des ressources humaines au sujet du financement de deux importantes études sectorielles sur les besoins précis en médecins et en infirmières. Nous croyons que c'est là une importante mesure sur la voie de l'élaboration d'une approche nationale. Chacune de ces études permettra d'analyser systématiquement le marché du travail et d'aboutir à la mise au point d'une stratégie conçue pour assurer une offre suffisante de professionnels ayant la formation appropriée.

Le Comité appuie fortement la participation de tous les intervenants clés à la réalisation de ces études. Nous présentons, au chapitre six, des recommandations précises concernant les ressources humaines du domaine de la santé, et notamment la création d'un organisme national permanent chargé de la coordination dans ce domaine.

### **2.3 Évaluation des soins de santé**

## *Principe Quinze*

**Les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats.**

Un système de dossiers de santé électroniques (DSE) est un système automatisé établi chez les fournisseurs dans le cadre d'un réseau électronique contenant le dossier de santé complet des patients, y compris les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les

médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, etc., le tout recueilli conformément à des normes communes relatives aux données. Pour de nombreux témoins, le DSE constitue la pierre angulaire d'un système efficace et adapté de prestations de soins permettant d'améliorer à la fois la qualité et la responsabilité. Un tel système est un préalable nécessaire à un système de soins de santé authentiquement axé sur le patient. Le DSE est également essentiel à une réforme des soins primaires.

*Le dossier de santé électronique (DSE) est la pierre angulaire d'un système de prestations de soins efficace et adapté, ainsi que de l'amélioration de la qualité et de la responsabilité. Sans ces dossiers, il est peu probable qu'on puisse aboutir à un système de soins tenant compte des besoins des patients, ainsi qu'à un niveau optimal d'efficacité et de travail d'équipe<sup>67</sup>.*

Tous les ordres de gouvernement du Canada ont reconnu l'importance du déploiement d'un système de DSE. En fait, le 11 septembre 2000, les premiers ministres provinciaux ont convenu de collaborer pour établir un tel système dans les trois années suivantes et pour élaborer des normes communes de données assurant la compatibilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé et garantissant une stricte protection des renseignements médicaux personnels. Le plein déploiement d'un système de DSE a également été appuyé par divers groupes de travail et commissions des provinces, y compris la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, la commission Clair du Québec, la commission Fyke de la Saskatchewan et le rapport Mazankowski de l'Alberta.

À l'appui de l'accord conclu par les premiers ministres provinciaux, le gouvernement fédéral a engagé 500 millions de dollars en 2000-2001 pour accélérer l'adoption de technologies modernes de l'information dans le système de soins de santé. Le Comité a appris que ces fonds ont été investis dans une entreprise sans but lucratif, l'Inforoute Santé du Canada, qui travaille avec les provinces et les territoires pour créer les composantes communes nécessaires d'un système de DSE au cours des trois à cinq prochaines années. Nous croyons que cela pourrait constituer une importante étape sur la voie de l'intégration complète des différentes infostructures fédérales-provinciales-territoriales de la santé.

Les provinces, les territoires et les autres intervenants s'entendent en général pour dire que le gouvernement fédéral devrait promouvoir la collaboration dans ce domaine. Le Comité se réjouit de cette collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, et invite Ottawa à jouer un rôle de chef de file pour ce qui est de promouvoir un système de dossiers de santé électroniques uniforme d'un bout à l'autre du pays, et ce, dans l'intérêt de tous les Canadiens.

D'une façon générale, les patients voudraient n'avoir à exposer qu'une seule fois leurs antécédents médicaux; ils souhaitent que les tests et les soins administrés soient coordonnés et mis à la disposition des divers fournisseurs de soins de santé qu'ils consultent, et qu'il y ait une plus grande intégration des services de santé dont ils ont besoin. Le DSE promet de réaliser tous ces vœux. Il faudrait cependant que les Canadiens puissent croire que des mécanismes de protection sont en place que leurs dossiers ne sont ouverts qu'aux seules

---

<sup>67</sup> Commission de l'assurance-santé de la Saskatchewan (Kenneth Fyke, président), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, avril 2001, p. 68.



personnes auxquelles ils veulent en accorder l'accès. Le système de DSE doit être élaboré en tenant compte, d'une part, de la protection des renseignements médicaux personnels des patients et, d'autre part, des exigences du système afin de fournir aux patients les soins dont ils ont besoin.

Le plus important avantage du déploiement d'un système de DSE dans tout le pays, c'est probablement la possibilité d'accéder à des renseignements factuels pouvant servir à évaluer la qualité des soins, le rendement du système, le résultat des traitements et la satisfaction des patients. Cela favorisera la responsabilisation et la transparence lors de la prise de décisions concernant la prestation et la politique des soins, et contribuera à l'amélioration de la qualité des soins.

Comme de nombreux témoins, le Comité croit que les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de DSE capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats. Nous sommes d'avis que l'évaluation des résultats doit constituer un élément essentiel du système d'information sur la santé. Malgré les progrès des dernières années, nous sommes encore loin de bien connaître les interventions et les traitements les plus efficaces ou même les meilleurs moyens de mesurer l'efficacité des soins. L'adoption d'un système de DSE uniforme facilitera la surveillance et la comparaison des résultats partout dans le pays.

***Le Comité croit que les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de DSE capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats. Nous sommes d'avis que l'évaluation des résultats doit constituer un élément essentiel du système d'information sur la santé.***

Le Comité se rend compte qu'il est nécessaire à cette fin de disposer de normes nationales tant pour recueillir et traiter l'information que pour garantir la confidentialité des renseignements médicaux personnels, et répète qu'il est convaincu que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file à cet égard. Nous présentons au chapitre quatre nos observations et recommandations concernant les systèmes d'information sur la santé.

## ***P*** ***Seize***

**La saisie des résultats des traitements et du rendement du système de soins de santé fait partie intégrante du système d'information sur la santé. Ces activités de contrôle et d'évaluation sont réalisées par un organisme national (et non fédéral) indépendant et sont financées par l'État.**

Comme nous l'avons déjà dit, on ne peut disposer d'une meilleure information sur l'accès aux soins, la qualité de la prestation, le rendement du système et l'efficacité des soins



sans investir davantage et à long terme dans les technologies de l'information, et notamment dans un système de DSE. Pendant les audiences du Comité, les témoins ont souligné la nécessité de poursuivre les partenariats entre provinces et territoires et le financement fédéral qui accélère le développement.

D'après un récent rapport de l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique :

*Il faudrait exercer des pressions sur le gouvernement fédéral pour qu'il affecte des fonds spéciaux destinés à répondre à cet important besoin qui se manifeste partout au Canada et dont la satisfaction peut améliorer le fonctionnement de tout le système de soins de santé ainsi que la santé de tous les Canadiens. Le besoin est urgent<sup>68</sup>.*

Même si les témoins croyaient que les gouvernements devaient financer le système d'information sur la santé, beaucoup étaient d'avis qu'ils n'avaient pas à évaluer eux-mêmes les données sur la santé ou la qualité et l'efficacité des soins. Selon les témoins, l'évaluation est actuellement effectuée par les personnes qui doivent payer et dispenser les services de santé. Il n'y a pas d'évaluation indépendante de l'efficacité des soins ni de vérification externe des répercussions des résultats. À cet égard, le Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé a déclaré ce qui suit :

*Le suivi et la surveillance de l'efficacité des soins et la production de rapports réguliers destinés au public sont un moyen essentiel d'améliorer la qualité des soins de santé. Toutefois, si le gouvernement et les autorités responsables de la santé mesurent et évaluent leur propre efficacité et leurs propres résultats, ils peuvent facilement se trouver en situation de conflit d'intérêts<sup>69</sup>.*

Le conseil consultatif a recommandé la création d'une commission autonome permanente chargée de suivre les résultats, d'évaluer l'efficacité et de présenter des rapports réguliers à la population.

De même, en Saskatchewan, la commission Fyke a recommandé la création d'un « conseil de la qualité » indépendant du gouvernement. Son mandat comprendrait la production de rapports réguliers à l'intention de l'Assemblée législative provinciale et du public sur différents sujets, dont les tendances de la santé, les coûts et avantages des interventions, les pratiques et les erreurs cliniques, l'évaluation de la technologie, le matériel, les médicaments, etc. La commission Fyke a souligné à ce sujet :

*[...] le conseil de la qualité permettrait de dépolitiser les décisions, de trouver des solutions novatrices à des problèmes de longue date, de libérer le public de la tyrannie de l'anecdote et des opinions mal fondées sur la situation des soins de santé, et de montrer où le système nous en donne pour notre argent et où il ne le fait pas<sup>70</sup>.*

<sup>68</sup> Select Standing Committee on Health, *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*, rapport présenté à l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique, décembre 2001, p. 29.

<sup>69</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 68.

<sup>70</sup> Saskatchewan Commission on Medicare, p. 81.

Le Comité croit qu'il est indispensable d'améliorer sensiblement l'évaluation de notre système de prestation des soins de santé pour donner des soins fondés sur les résultats et correspondant aux besoins des patients. Nous appuyons fortement le point de vue exprimé par des témoins et des rapports provinciaux selon lequel les rôles de l'assureur et du fournisseur doivent être séparés de celui de l'évaluateur pour qu'il soit possible d'obtenir une évaluation indépendante du rendement et des

résultats du système de soins de santé. De plus, même s'il faut que l'évaluation soit indépendante du financement et de l'assurance, elle doit être payée par les fonds publics.

En outre, le Comité est d'avis qu'une telle évaluation indépendante doit être effectuée au niveau national (et non fédéral). Cela permettrait de mettre en commun l'expertise afin de faire l'usage le plus efficace possible des ressources humaines limitées dont le Canada dispose à l'heure actuelle et de réaliser ainsi d'importantes économies d'échelle. Il est évident que les petites provinces, qui ne pourraient pas autrement établir un système vraiment efficace de surveillance et d'évaluation, profiteraient d'un processus national d'évaluation.

Le Comité croit qu'un processus national d'évaluation du rendement et des résultats du système de soins de santé devrait se baser sur les organisations nationales qui se consacrent actuellement à la réalisation d'évaluations indépendantes. Plus précisément, une évaluation de ce genre devrait se faire en trois volets :

***Le Comité croit qu'il est indispensable d'améliorer sensiblement l'évaluation de notre système de prestation des soins de santé pour donner des soins fondés sur les résultats et correspondant aux besoins des patients. Nous appuyons fortement le point de vue exprimé par des témoins et des rapports provinciaux selon lequel les rôles de l'assureur et du fournisseur doivent être séparés de celui de l'évaluateur pour qu'il soit possible d'obtenir une évaluation indépendante du rendement et des résultats du système de soins de santé.***

***Le Comité croit qu'un processus national d'évaluation du rendement et des résultats du système de soins de santé devrait se baser sur les organisations nationales qui se consacrent actuellement à la réalisation d'évaluations indépendantes. [...] Il y aura également, de toute évidence, de nombreuses questions de compétence à régler, indépendamment du mandat précis de chacun de ces organismes nationaux évolutifs. Mais c'est un sujet que l'on ne peut plus passer sous silence et auquel il faut s'attaquer.***

- D'abord, il faudrait renforcer le rôle de l'Institut canadien d'information sur la santé. À part ses responsabilités dans le domaine de la santé publique, il devrait se charger de présenter des rapports – de préférence publics – sur le rendement de toutes les régions et de tous les fournisseurs institutionnels.
- Ensuite, le Conseil canadien d'agrément des services de santé devrait présenter régulièrement des recommandations sur les moyens de corriger les lacunes décelées dans les établissements de soins. Cet examen, actuellement volontaire, devrait devenir obligatoire.



- Enfin, le Conseil national sur la qualité des soins de santé serait chargé de donner des conseils sur l'élaboration de normes et de politiques de qualité, afin d'améliorer la qualité des établissements de soins de santé.

Il faudra déterminer l'importance des pouvoirs à conférer à chacun des trois organismes décrits ci-dessus. Par exemple, leur faudra-t-il compter exclusivement sur les pressions exercées par le public et sur leur faculté de persuasion, ou bien pourront-ils obliger les fournisseurs qui ne satisfont à des normes de qualité convenues d'apporter des changements? Il y aura également, de toute évidence, de nombreuses questions de compétence à régler, indépendamment du mandat précis de chacun de ces organismes nationaux évolutifs. Mais c'est un sujet que l'on ne peut plus passer sous silence et auquel il faut s'attaquer.

## 2.4 Pour un système de soins de santé axé sur le patient

### *Principe Dix-sept*

**Le système public de soins de santé du Canada est axé sur le patient.**

Dans un système axé sur la qualité, la première priorité devrait être de veiller à ce que les patients obtiennent les soins dont ils ont besoin et reçoivent les outils et l'aide nécessaires pour rester en bonne santé.

À l'heure actuelle, le système de soins de santé du Canada est organisé en fonction des installations et des fournisseurs, et non des patients. Les gens sont censés s'adapter au système et obtenir les services au moment et à l'endroit où le système peut les fournir.

D'autres pays ont pris des mesures destinées à axer davantage leur système sur le patient, notamment des chartes de santé ou des garanties de soins assurant aux gens qu'ils obtiendront les services dont ils ont besoin dans un délai donné et à un niveau de qualité acceptable, ou encore un régime dans lequel le financement suit le patient.

Le Comité croit que les patients doivent être en permanence au centre du système de soins de santé. Les services devraient être coordonnés en fonction du besoin de soins sûrs, opportuns et efficaces. Il faudrait idéalement tendre vers un système intégré et économique caractérisé par des relations de travail étroites entre les hôpitaux, les établissements de soins à long terme, les soins primaires, les soins à domicile, la santé publique, etc.

Toutefois, le fait de placer les besoins du patient au centre du système de soins de santé n'implique pas de céder à chacun de ses caprices. Les services fournis par le système doivent se fonder sur des preuves établissant qu'ils sont sûrs, efficaces, nécessaires et abordables.

Le Comité croit que les Canadiens ont droit à des soins sûrs, efficaces, axés sur leurs besoins,

***Le Comité croit que les Canadiens ont droit à des soins sûrs, efficaces, axés sur leurs besoins, opportuns, efficaces, équitables et abordables.***



opportuns, efficaces, équitables et abordables. À notre avis, l'adoption de l'ensemble de principes que nous avons élaboré mènera à une meilleure intégration de toute la gamme des services de santé dans un continuum de soins vraiment axé sur les besoins du patient.

## ***P**rincipe **D**ix-huit*

**Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation pour les services jugés médicalement nécessaires.**

Le Comité a rappelé, dans le volume quatre de son étude, que lors de la discussion initiale d'un programme national d'assurance-santé, on avait envisagé de faire payer au patient une part du coût des services. On s'était alors servi de l'expression « utilisateur payeur » pour indiquer que le patient devrait payer quelque chose à un stade quelconque.

Le volume quatre de notre rapport mentionne différentes formes possibles de paiement, dont les frais d'utilisation, les primes, les comptes d'épargne-santé, la prise en compte des soins dans l'impôt sur le revenu, etc.<sup>71</sup>.

Au cours des audiences qu'il a tenues dans tout le pays, le Comité a pris connaissance de nombreuses préoccupations relatives à l'imposition de frais d'utilisation au point de service. On nous a dit que de tels frais, dans le cas d'un régime public d'assurance-santé, réduisent la demande, mais en défavorisant les personnes ayant les niveaux de revenu les moins élevés.

De plus, les témoins ont souligné que les décisions les plus coûteuses en matière de soins de santé sont prises par les médecins, et n'incombent donc pas aux patients.

En fait, la plupart des dépenses en soins de santé et la plus grande partie du gaspillage dans le système ne dépendent pas des patients. Les grandes dépenses et les décisions qui sont à leur origine sont le fait des fournisseurs, agissant pour le compte de leurs patients, ceux-ci ne prenant pas eux-mêmes de décisions à ce sujet.

Enfin, les témoins ont signalé que l'application de frais d'utilisation modestes introduirait des frais d'administration à peu près équivalents aux recettes engendrées.

Le Comité croit qu'il faudrait concevoir des mesures incitatives pour encourager les patients à utiliser aussi efficacement

***Le Comité croit qu'il faudrait concevoir des mesures incitatives pour encourager les patients à utiliser aussi efficacement que possible les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin. Ces mesures ne devraient pas comprendre des frais d'utilisation, qui découragent l'accès à des services médicalement nécessaires.***

<sup>71</sup> Volume quatre, p. 65-69.

que possible les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin. Ces mesures ne devraient pas comprendre des frais d'utilisation, qui découragent l'accès à des services médicalement nécessaires, et ne devraient pas décourager les patients de recevoir les traitements que les fournisseurs de soins croient nécessaires. L'accès aux hôpitaux et aux médecins ne devrait pas dépendre du revenu ou de la richesse de chacun. Les études ayant montré que l'application de frais d'utilisation universels produit cet effet, nous estimons que ces frais ne devraient pas être imposés au Canada.

Il faudrait néanmoins trouver des moyens d'encourager les patients à recourir au système de soins de santé d'une façon responsable. L'un des moyens qui a été proposé à maintes reprises dans le passé consiste à présenter à chaque Canadien un relevé annuel des frais payés en son nom pour des services de santé. Il conviendrait également d'examiner d'autres incitatifs possibles.

Beaucoup des propositions avancées ont pour but de sensibiliser le patient au coût des services de santé et de combattre l'impression qu'ils sont gratuits, l'idée étant que si le patient connaît le prix des soins, il comprendra mieux les pressions inhérentes dans le système et n'y aura recours que s'il en a vraiment besoin. De plus, il saisira mieux le problème de la viabilité financière du système. Le Comité croit que, pour créer un système de soins de santé économique et viable, il faudrait non pas en décourager l'utilisation, mais plutôt en encourager une utilisation judicieuse et encourager les gens à prendre mieux soin de leur santé.

***Le Comité croit que, pour créer un système de soins de santé économique et viable, il faudrait non pas en décourager l'utilisation, mais plutôt en encourager une utilisation judicieuse.***

## ***P*** ***D***ix-neuf

**On accorde la priorité aux programmes qui ont pour but de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.**

En 1974, le ministre fédéral de la Santé, Marc Lalonde, avait publié un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Le document faisait état des répercussions du comportement individuel sur l'efficacité des soins de santé et soulignait que chaque Canadien devrait assumer une plus grande responsabilité pour son propre état de santé.

Depuis, de nombreux autres rapports ont souligné l'importance qu'il y a à encourager les Canadiens à rester en bonne santé. Selon le rapport du Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, ce serait le premier pas à franchir pour assurer la viabilité du système public canadien de soins de santé :

*Ce n'est sans doute que du gros bon sens, mais le meilleur moyen d'assurer la viabilité à long terme du système de soins de santé consiste peut-être à prendre des mesures pour permettre aux gens et aux collectivités de rester en bonne santé<sup>72</sup>.*

Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le coût total de la maladie était estimé à 156,4 milliards de dollars en 1998<sup>73</sup>. Selon les témoins, on pourrait réduire le fardeau de la maladie en investissant davantage dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé publique. Pour eux, il est possible de prévenir beaucoup de maladies et la plupart des blessures.

Pourtant, au dire des témoins, le gouvernement a fortement tendance à se concentrer sur la guérison des maladies plutôt que sur la prévention. Par exemple, le traitement clinique était la stratégie la plus courante dans le cas des maladies chroniques, le gouvernement se montrant peu disposé à consacrer des ressources à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Ces programmes n'aboutissent généralement à des résultats décelables que sur une longue période et sont donc moins attrayants, sur le plan politique, que l'affectation de fonds à des installations de soins de santé, comme les hôpitaux.

Les témoins ont indiqué que le rôle du gouvernement fédéral dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé publique est bien établi. De plus, le gouvernement fédéral est reconnu comme chef de file mondial dans l'élaboration du concept de santé publique. Nous abordons au chapitre 7 le rôle du gouvernement fédéral dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la santé publique.

## *Principe Vingt*

**Un délai d'attente maximum devrait être fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger.**

Selon un rapport présenté au Comité, un environnement monopolistique sans concurrence et sans frais pour l'utilisateur au point de service tend à allonger les délais d'attente dans un régime public d'assurance-santé :

*[...] dans un système où les services de santé sont gratuits au point de consommation, les files d'attente constituent la forme la plus courante de rationnement de ressources de santé rares. De plus, comme la satisfaction du patient n'a aucune influence sur le revenu ou les autres récompenses économiques des fournisseurs et des administrateurs des soins de santé*

<sup>72</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 14.

<sup>73</sup> Volume deux, p. 51.



*dans un système public, le temps des patients perd toute valeur. Le système ne prévoit aucune sanction si l'on fait attendre les gens*<sup>74</sup>.

Le cas suivant a récemment été porté à l'attention du Comité. Un examen IRM effectué le 19 avril 2001 avait révélé qu'un patient avait deux disques intervertébraux herniés dans son cou. Comme son état ne s'améliorait pas, il a été placé sur une liste d'attente de chirurgie le 24 mai. Son état a été classé dans la catégorie « intervention élective mais urgente », dans laquelle s'inscrivent la plupart des cancéreux en attente de chirurgie à l'hôpital et pour laquelle les lignes directrices prévoient une intervention dans les deux semaines. Le 18 janvier 2002, huit mois après son inscription sur la liste d'attente, le patient n'a toujours pas été opéré et ne sait pas non plus quand l'intervention aura lieu.

On a expliqué au Comité que ce cas illustre ce qu'on appelle la « file d'attente statique » : les personnes inscrites ne passent jamais parce qu'elles sont toujours déplacées par des cas plus urgents, dont le rythme d'arrivée est plus rapide que la progression de la file. Le chirurgien qui devait opérer le patient en question avait 96 patients en attente (chiffre qui se situe dans la moyenne pour les quatre neurochirurgiens de l'hôpital), dont 74 étaient classés dans la catégorie « intervention élective mais urgente », et ne pouvait fixer une date ferme de chirurgie pour aucun d'entre eux.

Il semblait que seule une détérioration de l'état de santé du patient en question pouvait le faire passer en tête de liste. Il ne suffisait pas qu'il ait des douleurs constantes et qu'il soit incapable de travailler. Par contre, s'il était atteint de paralysie, il pourrait être admis en passant par la salle des urgences et serait opéré dans les jours suivants. Autrement, il n'y avait aucun moyen d'accélérer les choses sans priver de services un autre patient dont l'état était encore plus grave.

Malgré les importants investissements faits par tous les ordres de gouvernement dans le système de soins de santé ces dernières années, on a l'impression que les temps d'attente dans le cas de certains services continuent de s'allonger. Il semble d'ailleurs y avoir suffisamment de preuves empiriques du problème pour que les Canadiens se demandent de plus en plus s'ils pourront avoir accès aux soins quand ils en auront besoin. De nombreux témoins ont dit au Comité que les Canadiens doivent pouvoir être sûrs que leur système public de soins de santé leur donnera accès aux services au moment où ils en auront besoin. De toute évidence, un système vraiment axé sur le patient doit pouvoir fournir les soins nécessaires au moment voulu.

En Suède, le gouvernement a donné aux citoyens une « garantie de soins » leur assurant l'accès aux services de santé nécessaires. Cette garantie établit des délais d'attente maximums pour les tests diagnostiques (90 jours), pour certains genres d'interventions chirurgicales électives (90 jours) ainsi que pour les consultations avec des médecins de soins primaires (8 jours) et des spécialistes (90 jours). La Suède a également mis en place un système dans lequel les temps d'attente des interventions majeures sont affichés tous les jours sur un site Web. Les patients peuvent consulter ce site et choisir l'hôpital ayant les délais les plus courts, pourvu qu'ils soient disposés à voyager et à s'adresser au premier médecin qui serait libre.

---

<sup>74</sup> *Operating in the Dark*, p. 8.

En se fondant sur un examen de l'expérience suédoise, le rapport du conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé recommande de donner une garantie de soins de 90 jours pour certains services. Selon le conseil consultatif, cette garantie inciterait les fournisseurs de soins et les régies régionales de la santé à prendre les mesures nécessaires pour gérer et raccourcir les listes d'attente. Le rapport souligne qu'il pourrait être nécessaire à cette fin que les patients renoncent à leur préférence pour un médecin ou un hôpital particulier s'ils souhaitent être traités dans le délai de 90 jours. De plus, si les régies régionales de la santé sont incapables de dispenser le service dans cette période, elles auraient à envisager d'autres solutions, dont l'obtention du service d'une autre régie régionale. Le service pourrait alors être obtenu d'un fournisseur public ou privé.

Le Comité a appris que le manque actuel de renseignements précis sur les listes d'attente constitue un obstacle majeur à l'établissement d'une garantie de soins. En fait, il n'existe aucune donnée normalisée sur les listes d'attente au Canada. Le Comité a cependant entendu parler d'un projet pilote financé par Santé Canada (dans le cadre de son Fonds pour l'adaptation des services de santé) qui, selon beaucoup de témoins, permettrait une gestion efficace des listes d'attente dans le cas des services de santé électifs. Le projet pilote, qui porte le nom de *Western Canada Waiting List Project* ou projet WCWL, a permis de réaliser des progrès sensibles grâce à la création d'outils valides et fiables d'évaluation et de gestion des listes dans cinq secteurs cliniques spécialisés : la chirurgie de la cataracte, la chirurgie générale (y compris le cancer du sein, le cancer colorectal, la hernie inguinale et la cholécystectomie par laparoscopie), l'arthroplastie de la hanche et du genou, l'examen IRM et la santé mentale des enfants.

La liste d'attente normalisée établie par le WCWL se fonde sur une évaluation de l'urgence globale de l'état du patient (douleurs, souffrances), des résultats des examens cliniques (radiographies, comorbidité, psychopathologie) et des répercussions de la maladie sur la qualité de vie du patient. Les témoins ont dit au Comité que cette approche représente un moyen équitable et cohérent de classer les patients ayant besoin d'interventions électives. Tout en favorisant une meilleure utilisation des ressources du système, elle est axée sur le patient.

Le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario applique une méthodologie semblable pour gérer l'accès à la chirurgie cardiaque dans la province. Le recours à de tels systèmes de classement des priorités peut entraîner une amélioration sensible du système de soins de santé, comme dans le cas des patients cardiaques de l'Ontario.

*Le Comité discerne deux grandes causes de l'allongement des listes d'attente. Il y a d'abord un problème de pénuries qui touche les ressources humaines de tous genres et de nombreux équipements diagnostiques. Ensuite, la façon dont on gère les listes d'attente laisse à désirer.*

Sur ce dernier point, le Comité estime qu'il faut prendre des mesures pour gérer plus efficacement les listes d'attente. Il verrait donc d'un œil favorable toute tentative visant à améliorer le système de manière que les patients dont les besoins sont le plus grands passent les premiers et que les temps d'attente soient ramenés au minimum.

Il importe cependant de se rendre compte qu'une meilleure gestion des listes d'attente ne suffira pas à elle seule à régler le problème des délais, car la principale cause du



problème est le manque de ressources, humaines, technologiques et matérielles, qui résulte des compressions budgétaires qui ont frappé le secteur de la santé depuis dix ans.

À partir du début des années 90, les fonds affectés à la formation de nombreuses catégories de personnel de la santé ont été supprimés pour réduire les dépenses de santé courantes et futures. D'une façon plus générale, les gouvernements ont effectué des compressions massives des dépenses de santé, surtout durant la première moitié de la décennie, avec le résultat que l'on constate aujourd'hui une grave pénurie de personnel et de matériel à un moment où les besoins en soins de santé augmentent.

Ces compressions des dépenses constituaient une solution intéressante à l'époque parce qu'elles étaient faciles à opérer dans la mesure où, jusqu'à maintenant, les gouvernements n'ont pas eu à assumer le « coût » de leurs décisions en la matière. Ce sont surtout les patients, par l'allongement des listes d'attente, et les professionnels de la santé, par la détérioration de leurs conditions de travail et de leur aptitude à dispenser des soins de qualité, qui en ont subi les conséquences.

Comme beaucoup de témoins, le Comité croit qu'il conviendrait de fixer et de rendre public un délai d'attente maximum pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai dépassé, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger (aux États-Unis). Ce délai serait fixé par des organisations scientifiques sur la base de critères objectifs en fonction du moment où la santé d'un malade se détériorerait irréversiblement en l'absence de traitement.

***Le Comité croit qu'il conviendrait de fixer et de rendre public un délai d'attente maximum pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai dépassé, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger (aux États-Unis).***

Comme il incombe au gouvernement d'assurer une offre suffisante des services essentiels dispensés par les hôpitaux et les médecins, cette responsabilité lui donne l'obligation de satisfaire à des normes raisonnables de service au patient. C'est là l'essence d'un système axé sur le patient et du contrat implicite en matière de santé entre les Canadiens et leurs gouvernements<sup>75</sup>. En garantissant un délai d'attente maximum du genre décrit dans le principe vingt, le gouvernement satisferait à cette obligation. Si ce type de garantie était mise en œuvre, le gouvernement serait alors forcé d'assumer ses responsabilités quand des services nécessaires ne sont pas offerts à temps. L'allongement du temps d'attente ne serait plus sans conséquence pour le gouvernement puisqu'il serait forcé d'assumer les dépenses des patients traités ailleurs.

Le Comité pense que cette solution inciterait fortement les gouvernements à intervenir pour remédier aux temps d'attente qui dépassent les limites établies. Elle constituerait aussi un pas dans la voie menant au rétablissement du contrat implicite qui lie les citoyens et leur gouvernement. (On aborde la nature de ce contrat dans la section suivante.)

<sup>75</sup> Voir la section 2.5 ci-dessous.



Pour clore l'examen du principe vingt, il y a lieu d'observer que l'utilisation des services diagnostiques et hospitaliers des États-Unis pourrait constituer le moyen le plus économique d'assurer la garantie de soins. Pour respecter les délais d'attente maximums au Canada, le système de soins de santé devrait avoir une capacité excédentaire ou une certaine redondance pour affronter les périodes de pointe. Il faudra donc déterminer s'il est plus économique d'établir cette capacité excédentaire au Canada ou de l'acheter aux États-Unis si une garantie de soins est adoptée.

Le Comité admet qu'une garantie de soins ne peut être mise en œuvre et observée que si l'on arrive à un consensus sur la définition, l'estimation et la gestion des temps/listes d'attente. Pour nous, il est impératif d'adopter au Canada des temps d'attente maximaux pour les interventions majeures. C'est là le prochain problème crucial à régler.

La garantie de soins va coûter de l'argent, surtout si beaucoup de patients doivent être envoyés aux États-Unis pour y être soignés. Nous avons déjà conclu à la section 1.1 que le régime actuel de soins hospitaliers et de services dispensés par un médecin n'était pas viable financièrement, et la situation ne pourra que s'aggraver avec l'ajout des coûts de la garantie de soins. Le Comité considère néanmoins cette garantie comme un élément essentiel du contrat implicite entre les Canadiens et leurs gouvernements.

Comme il l'a dit dans les chapitres un et deux, le Comité sait qu'il faudra trouver de nouvelles sources de financement pour mettre en œuvre les changements qu'il propose. Il fera des propositions précises à cet égard dans son rapport d'octobre 2002.

## **2.5 Le contrat d'assurance-santé entre les Canadiens et leurs gouvernements**

Dans le volume quatre de son rapport, intitulé *Questions et options*, le Comité a appuyé les deux grands objectifs de politique publique du système canadien de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin :

- *assurer à tous les Canadiens l'accès à tous les services médicalement nécessaires sans égard à leur capacité de payer ces services;*
- *assurer qu'aucun Canadien ne subisse de tort financier excessif pour avoir été obligé de payer des factures de soins médicaux*<sup>76</sup>.

Ces objectifs sont atteints grâce à un « contrat » entre les Canadiens et leurs gouvernements – fédéral, provinciaux et territoriaux. Conformément à ce contrat, les Canadiens consentent à payer des impôts qui servent à financer un régime de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin, qui est universel, exhaustif, transférable et accessible. (L'universalité, l'exhaustivité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique sont les cinq principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*.) Étant financé par le gouvernement, le régime est dit public<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Volume quatre, p. 18.

<sup>77</sup> Dans un récent discours, l'honorable Monique Bégin, qui était ministre fédéral de la Santé au moment de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, a tenu à préciser que l'interprétation que fait la population du terme « gestion publique » est trompeuse, car au Canada, si le financement est effectivement le fait de l'État, la prestation

Le contrat impose aux gouvernements, qui agissent à titre d'assureurs, de répondre aux deux objectifs de politique précités. En particulier, il force ceux-ci (le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires) à donner accès aux Canadiens aux services assurés (services hospitaliers et services dispensés par un médecin) médicalement nécessaires au moment voulu.

Aujourd'hui, les Canadiens sont confrontés à un problème de plus en plus grave d'accès opportun à tous les services médicalement nécessaires. Le principe vingt est conçu pour résoudre ce problème en obligeant les gouvernements à respecter des normes raisonnables de service aux patients (clients) dans leur propre champ de compétence, ailleurs au Canada ou aux États-Unis, s'il le faut. L'obligation de répondre à des normes raisonnables de service aux patients constitue un élément essentiel du contrat entre les Canadiens et leurs gouvernements. Cela fait partie du marché.

Il serait également possible, pour amener les gouvernements à s'acquitter de leurs obligations, de recourir à une charte des droits du patient comme moyen de faire respecter des délais d'attente maximums. Une telle approche serait compatible avec les dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés en ce qu'elle permettrait de recourir aux tribunaux pour faire respecter le droit à un traitement en temps opportun. Elle a été appliquée avec un succès mitigé en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni (voir la section 7.5 du volume quatre de l'étude du Comité).

Le Comité préfère cependant l'approche plus simple et moins formaliste du principe vingt. En choisissant cette approche, nous reconnaissons, comme nous l'avons dit dans la section consacrée au principe vingt, que cela impose aux Canadiens d'accepter de payer pour un accès meilleur et plus rapide aux services. S'ils acceptent de payer, ils choisiraient ainsi implicitement la deuxième des trois options décrites à la fin de la section 1.1<sup>78</sup>.

Si, après un débat public, les Canadiens décident qu'ils ne sont pas disposés à payer davantage pour les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin, ou bien si l'assureur (le gouvernement) décide de ne pas donner la garantie de soins décrite dans le principe vingt, nous aboutirions à la première des trois options de la section 1.1<sup>79</sup>, c'est-à-dire au maintien du rationnement des services et à l'allongement des temps d'attente.

Dans cette situation, en l'absence d'un délai d'attente maximum garanti par l'assureur, il faut se poser la question suivante : les patients qui constatent que leur santé se

---

des services est privée dans la mesure où les médecins ne sont pas des fonctionnaires et où les hôpitaux relèvent d'un conseil d'administration et non d'un sous-ministre. La *Loi* porte que « la condition de gestion publique suppose que le régime provincial d'assurance-santé [hôpitaux et médecins] soit géré sans but lucratif par une autorité publique [...] responsable devant le gouvernement provincial [...] », *op. cit.*, p. 6.

<sup>78</sup> À la fin de la section 1.1, après avoir déterminé que le régime actuel n'est pas viable financièrement, le Comité propose trois solutions à la réflexion : (1) maintenir le rationnement des services de santé offerts par le régime public, soit en sélectionnant les services couverts et ceux qui ne le sont pas (donc en radiant certains services de la liste des services assurés), soit en laissant les listes d'attente s'allonger; (2) augmenter les recettes publiques, soit par une hausse directe des prélèvements fiscaux, soit par d'autres moyens comme la perception de cotisations d'assurance-santé, de manière que l'on puisse réduire voire éliminer le rationnement des services et raccourcir les listes d'attente; (3) permettre l'établissement d'un système privé parallèle offrant certains services de santé à ceux qui en ont les moyens, tout en conservant un système public pour tous les autres Canadiens.

<sup>79</sup> Voir la note précédente.



détériorer en attendant des soins médicalement nécessaires ont-ils le droit d'acheter de l'assurance-santé privée pour se prémunir contre une attente excessive et pour recevoir des traitements au Canada? Autrement dit, les personnes qui en ont les moyens doivent-elles avoir le droit d'acheter dans le privé une garantie de soins pour des services dispensés au Canada? (Les Canadiens ont déjà la possibilité d'acheter de l'assurance couvrant le coût de traitements administrés à l'étranger, et plus particulièrement aux États-Unis. De tels produits d'assurance sont actuellement disponibles au Canada.)

Même si le Comité espère que cette question ne se posera jamais parce que l'assureur s'acquittera de sa part du contrat de soins de santé en garantissant accès aux soins nécessaires en temps opportun, il faut admettre qu'on devra l'aborder si le principe vingt n'est pas pleinement appliqué. Si on répond à la question par l'affirmative, c'est qu'on opte pour la troisième solution présentée à la section 1.1<sup>80</sup>

## 2.6 Conclusion

Deux thèmes sous-tendent l'ensemble de principes que nous présentons dans ce chapitre. Le premier est le besoin de restructurer les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin pour en augmenter l'efficacité. Le second est la nécessité de mettre à la disposition du public des renseignements sur le système, ses coûts, ses temps d'attente, son rendement et ses résultats, afin d'augmenter la transparence et la responsabilisation des décideurs (financement et prestation des services).

Les deux thèmes sont conçus pour rétablir le contrat de soins de santé conclu entre les Canadiens et leurs gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. À cette fin, il faut, d'une part, que les Canadiens sachent où vont les fonds consacrés aux services de santé et pourquoi il en faut davantage pour assurer la pérennité du système. D'autre part, il faut que le gouvernement exploite le système d'une manière plus efficace qu'il ne le fait actuellement et qu'il améliore la prestation des services en vertu du contrat, notamment en fixant un plafond pour le délai d'attente de différentes interventions.

Ces thèmes résultent en partie d'une importante observation faite sur l'attitude des Canadiens à l'égard du système de soins de santé par Darrell Bricker et Edward Greenspon dans leur récent ouvrage *Searching for Certainty*<sup>81</sup>. Après avoir étudié de nombreux sondages d'opinion réalisés par Ipsos-Reid, Bricker et Greenspon concluent que les Canadiens n'appuieront pas l'idée de dépenses supplémentaires pour remédier aux lacunes du système de santé actuel tant qu'ils n'auront pas la preuve que le gouvernement honore ses engagements actuels dans le domaine de la santé. Autrement dit, les Canadiens doivent avoir le sentiment que le système actuel fonctionne relativement bien – il faut donc rétablir la confiance dans le système – avant d'accepter de financer un élargissement du régime.

Les deux thèmes, amélioration de l'efficacité et transparence et reddition de comptes accrues, sont conçus pour rétablir la confiance des Canadiens dans le système de soins de santé. C'est seulement lorsque les vingt principes énoncés dans le présent chapitre seront mis en œuvre que l'on pourra penser à élargir la couverture des services de santé publics. Le Comité

---

<sup>80</sup> Voir la note 78.

<sup>81</sup> *Searching for Certainty, Inside the New Canadian Mindset*, Darrell Bricker et Edward Greenspon, Doubleday Canada, 2002.



estime que cette expansion doit se faire non pas en créant de nouveaux programmes universels, mais en remédiant aux lacunes actuelles, en particulier en ce qui concerne la pharmacothérapie et les soins à domicile.

La nécessité de remédier à ces lacunes est clairement illustrée par le fait que les hôpitaux et les médecins comptent maintenant pour 46 % seulement des dépenses totales de santé<sup>82</sup>. Contrairement aux idées reçues et, malheureusement, à bien des argumentations politiques, le Canada n'a pas de système national de soins de santé, mais un système national de soins hospitaliers et de soins dispensés par un médecin qui justifie de moins de la moitié des dépenses de santé totales.

Compte tenu des objectifs de la politique de santé énoncés au début de la section 2.5, l'expression «tous les services médicalement nécessaires» doit s'appliquer à tout l'éventail des services de soins de santé et pas seulement aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin. Cela exige donc un élargissement de la couverture pour combler les lacunes du système actuel.

Le Comité croit qu'une restructuration du système public de soins de santé du Canada pour en améliorer l'efficacité est nécessaire afin d'assurer sa pérennité. Nous estimons que l'expérience d'autres pays en matière de marchés internes de soins de santé peut nous être utile pour déterminer les éléments de la restructuration. Nous croyons que la restructuration des soins de santé au Canada doit se fonder sur la mise au point d'un ensemble de mesures incitatives pouvant amener tous les participants à modifier leur comportement d'une façon qui profite au système dans son ensemble et aux patients en particulier. Notre liste de vingt principes vise cet objectif.

Par exemple, l'application du principe sept<sup>83</sup> inciterait le gouvernement à réfléchir soigneusement aux conséquences, pour les soins, des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Une fois que les Canadiens seront en mesure de faire le lien entre le montant d'un budget, d'une part, et le niveau de service et le nombre d'interventions correspondants, de l'autre, ils pourront mieux juger du bien-fondé du budget de la santé et engager une discussion éclairée avec leur gouvernement pour lui dire s'ils sont disposés à payer davantage d'impôts (ou de primes d'assurance-santé) pour obtenir un meilleur niveau de service. Pour le moment, une telle discussion est impossible, parce que les Canadiens n'ont pas l'information nécessaire pour se faire une idée de ce que représente un budget donné en termes de services.

De même, le principe huit<sup>84</sup> inciterait les établissements à fonctionner plus efficacement en les mettant en concurrence l'un contre l'autre. Il pourrait être nécessaire d'établir un ensemble donné de mesures incitatives visant les gestionnaires des établissements (et peut-être même aussi les administrateurs) et un autre à l'intention des fournisseurs de soins auxquels

---

<sup>82</sup> ICIS, décembre 2001.

<sup>83</sup> Principe sept - Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.

<sup>84</sup> Principe huit - La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.

ils ont recours. Nous ferons un examen plus approfondi de ces questions dans notre rapport d'octobre 2002.

Le principe onze<sup>85</sup> devrait entraîner un changement de comportement parmi les fournisseurs de soins primaires qui améliorera l'efficacité du secteur des soins primaires. En fait, l'expérience permet de croire que lorsque les fournisseurs et les établissements ont la responsabilité de décider des dépenses de soins de santé, ils ont tendance à administrer le bon traitement de la manière la plus économique.

Enfin, le principe dix-huit<sup>86</sup> devrait inciter les patients à faire un usage efficace du système de soins de santé. Ce principe pourrait, par exemple, aboutir à l'imposition de frais supplémentaires aux patients qui choisissent de se faire soigner par des fournisseurs ne faisant pas partie de leur équipe de soins primaires.

Pour toutes ces mesures incitatives, nous avons absolument besoin de renseignements exacts et actuels. Conformément au principe quinze, un système de dossiers de santé électroniques reliant tous les fournisseurs de soins mettrait à la disposition du fournisseur compétent les bons renseignements au bon moment et permettrait une meilleure répartition des ressources au profit des patients.

Comme nous l'avons dit dans l'introduction de la présente section et comme nous venons de l'illustrer, la nécessité de fournir plus d'information au public s'inscrit en filigrane dans l'ensemble des vingt principes. Cette information est nécessaire pour trois raisons :

- Premièrement, il faudrait rendre plus transparents les processus de décision relatifs à la répartition des ressources, surtout des ressources financières mais aussi des ressources humaines.
- Deuxièmement, il faudrait renforcer la responsabilisation des personnes, des établissements et des gouvernements qui prennent les décisions au sujet de la nature et du volume des services couverts par l'assurance-santé publique.
- Troisièmement – et c'est probablement la raison la plus importante –, il faudrait que le débat public cesse d'être axé sur les dollars pour être plutôt centré sur les services et les niveaux de service. Les Canadiens ont le droit de discuter entre eux pour déterminer s'ils sont disposés à payer davantage en contrepartie d'un meilleur niveau de service. Les Canadiens ont le droit de comprendre le lien entre les niveaux de financement et les niveaux de service. En modifiant la nature du débat public sur les soins de santé, on aura franchi un pas important en vue de gagner l'appui du public à la restructuration du régime public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin. Cela permettra de rétablir la confiance de la population dans le système et, à

---

<sup>85</sup> Principe onze - Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.

<sup>86</sup> Principe dix-huit - Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation au premier contact avec le système de soins de santé et n'ont pas pour effet de décourager le patient d'obtenir le traitement que recommandent les professionnels de la santé.



partir de là, de combler les lacunes qui demeurent dans le système public d'assurance-santé.

Il importe aussi d'améliorer la reddition de comptes dans l'ensemble du système. Selon le principe treize, l'introduction d'un « marché interne » dans le système public de soins de santé renforcerait la responsabilisation aussi bien des fournisseurs et des établissements de soins que des gouvernements.

Le principe vingt – la garantie de soins – forcerait le gouvernement à assumer ses responsabilités concernant l'offre en temps opportun des traitements nécessaires associées à son contrat de santé avec les Canadiens.

Le Comité a élaboré ces vingt principes en se basant sur le fait que les Canadiens veulent que chacun ait un accès équitable aux soins en fonction de ses besoins et non de son revenu. De plus, conformément à notre vision axée sur le patient (principe dix-sept), notre liste de principes est conçue pour apaiser les principales préoccupations des Canadiens à l'égard de la qualité (principe seize) et de l'opportunité des services de santé (principe vingt).

Il importe de souligner que l'ensemble de principes que le Comité énumère dans le présent chapitre forme un tout. Si l'un des principes est écarté, la mise en œuvre d'autres principes pourrait devenir impossible.

On en trouve un exemple clair dans la relation entre le premier (source unique de financement) et le dernier (garantie de soins). Si le gouvernement refuse de donner une garantie concernant les délais d'attente (ou si les Canadiens ne souhaitent pas payer les montants supplémentaires nécessaires pour concrétiser la garantie de soins), il faut alors se demander s'il convient de permettre aux gens d'acheter de l'assurance privée pour pouvoir accéder à des soins.

Toutefois, en permettant aux gens d'acheter une assurance privée pour payer des services médicalement nécessaires après l'expiration du délai d'attente prédéfini, on irait à l'encontre du principe un, qui concerne une source unique de financement ou d'assurance des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin.

Le Comité ne préconise pas l'introduction de l'assurance privée. Il préfère de loin que tous les principes qu'il propose soient acceptés et appliqués. Il faut cependant se rendre compte que si l'ensemble de principes n'est pas accepté comme un tout, le rejet d'un seul peut fort bien compromettre les autres. En l'occurrence, le rejet du principe vingt pourrait aussi entraîner le rejet du principe un.

Le Comité est tout à fait conscient que cet ensemble de principes sera examiné à la loupe. Cela est tout à fait compréhensible dans le domaine de la politique publique aussi chargé de valeurs que la santé. En fait, il est probable que chaque lecteur du présent rapport appuiera son propre sous-ensemble particulier de principes.

Nous demandons cependant au lecteur de comprendre qu'aucune réforme majeure d'un grand système ne saurait être parfaite, surtout si le système est aussi complexe et s'il touche aussi profondément chacun d'entre nous que le système des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Il n'existe pas de solution parfaite. Chaque intervenant devra se montrer disposé à accepter un compromis pour que la réforme joue à l'avantage de tous



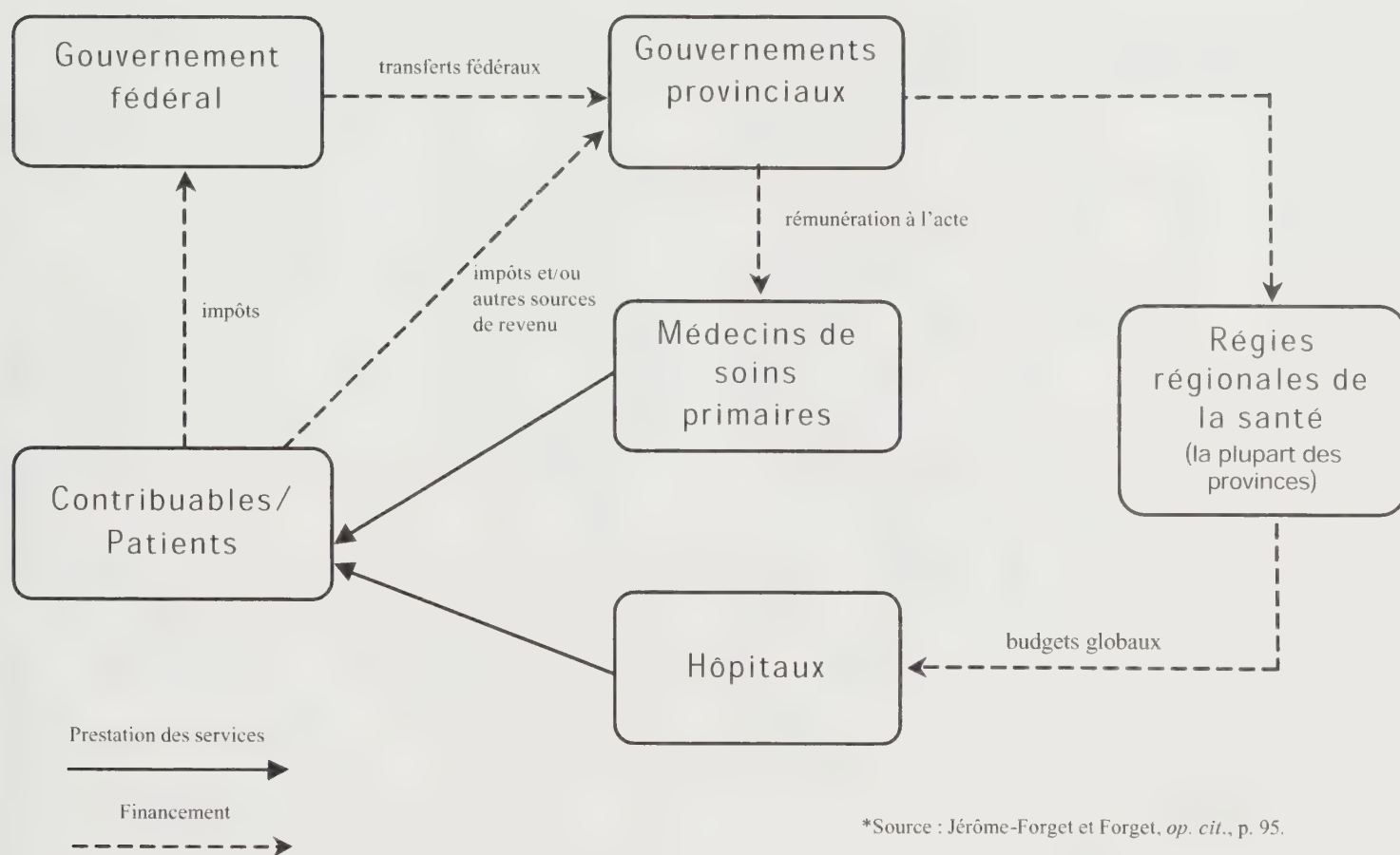
les Canadiens, et les réformes devront être adaptées aux circonstances particulières des différentes régions du pays.

En insistant sur la perfection ou en cherchant à exaucer les vœux de chacun, on courrait inévitablement à l'échec. De même, la réforme n'ira nulle part si les gens insistent pour régler tous les problèmes relatifs aux soins de santé avant de faire progresser le système des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Ces tendances, ainsi qu'une insistance excessive sur des intérêts personnels de la part de ceux qui travaillent dans le système, expliquent l'échec des réformes tentées dans le passé.

Conscients du danger, nous avons travaillé fort pour élaborer un ensemble de principes que nous croyons pragmatique, idéologiquement centriste et pratique et qui devrait entraîner des améliorations très sensibles des secteurs des hôpitaux et des médecins dans le système de soins de santé. Nous croyons qu'une réforme menée à un rythme régulier constitue le seul moyen de restructurer et de renouveler le système canadien de soins de santé.

Nous espérons que les intervenants du secteur examineront ces principes du même point de vue pragmatique et que tout le monde sera prêt à consentir quelques sacrifices pour atteindre l'objectif commun : un système de soins de santé financièrement viable dont les Canadiens puissent être vraiment fiers.

Figure 1  
*Structure actuelle du système public  
 d'assurance-santé \**



\*Source : Jérôme-Forget et Forget, *op. cit.*, p. 95.

Figure 2  
*Première étape de la réforme – Les  
hôpitaux sont rémunérés en fonction des  
services dispensés*

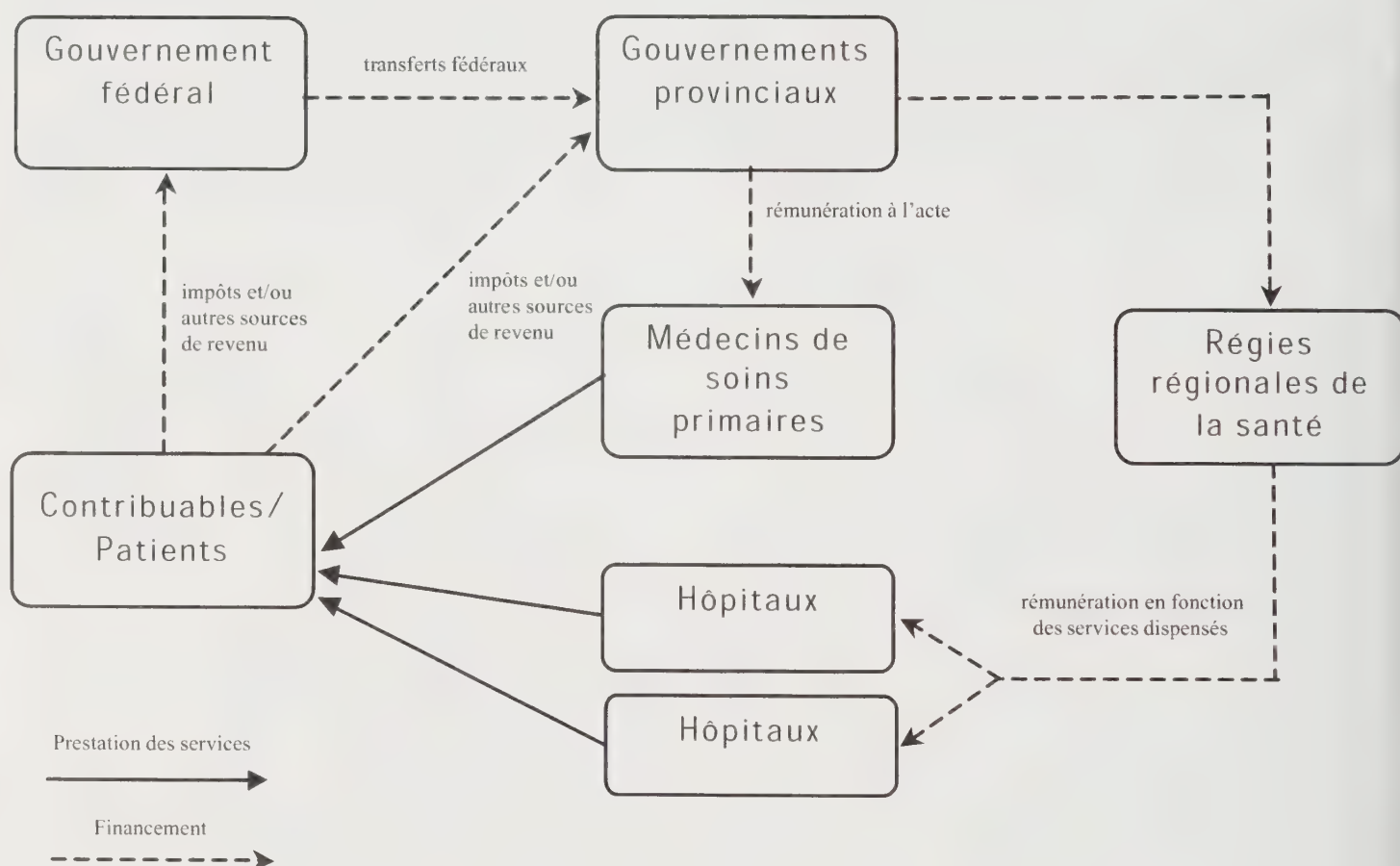
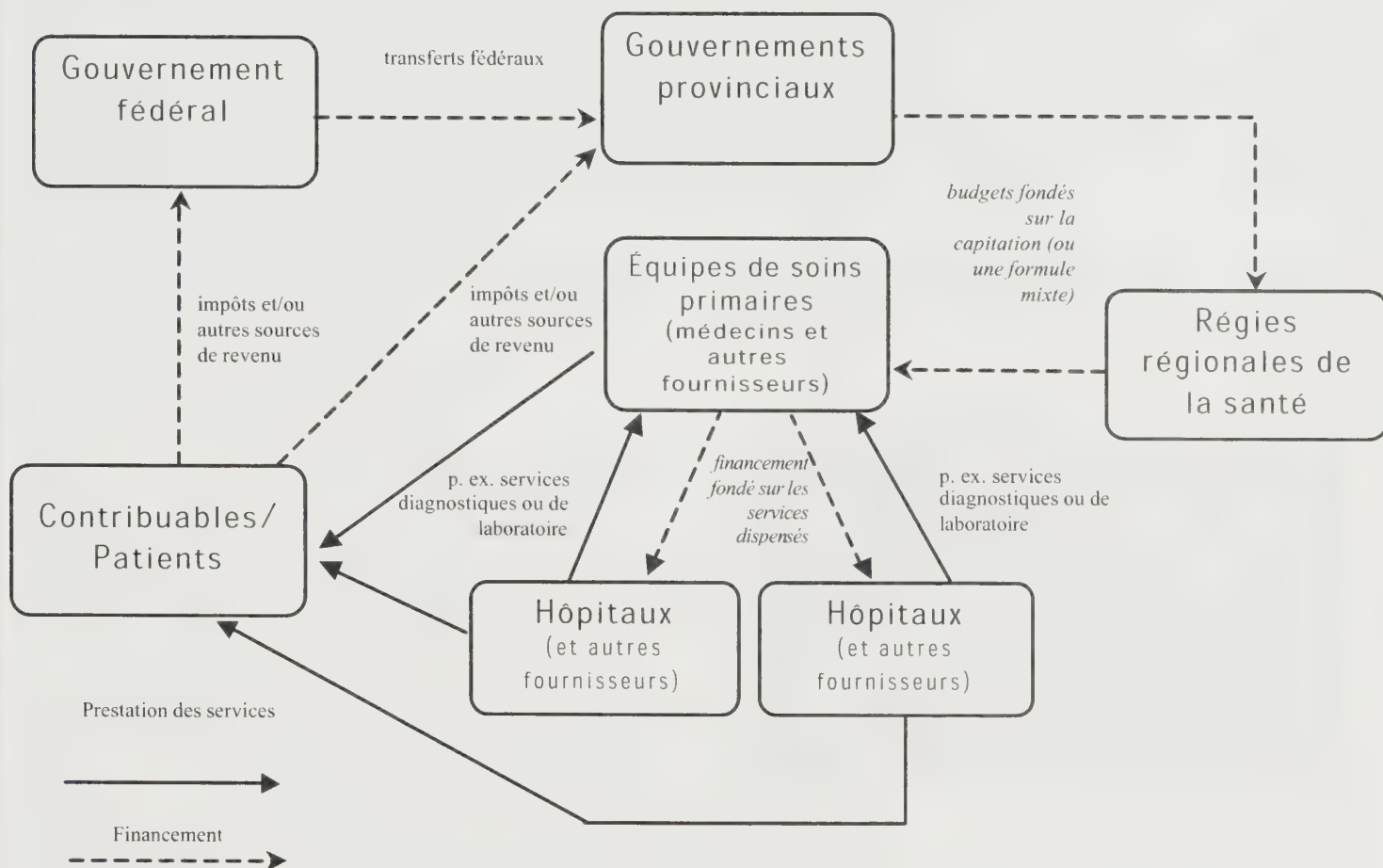




Figure 3  
*Deuxième étape de la réforme – Les équipes de soins primaires achètent des services pour le compte de leurs clients*





## CHAPITRE TROIS

### FINANCEMENT ET ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

---

Par technologies de la santé, on entend « l'ensemble des techniques, des médicaments, des équipements et des procédures utilisés par les professionnels de la santé dans la prestation de soins médicaux à des personnes, et [de] systèmes dans le cadre desquels ces soins sont donnés<sup>87</sup> ». Bien que cette définition englobe les médicaments, nous en ferons abstraction dans le présent chapitre pour nous concentrer sur les technologies dites « dures ». Nous aborderons la question des médicaments dans le volume six (à paraître en octobre 2002).

Personne ne conteste que les technologies de la santé constituent un élément important de la prestation des services de santé dans les pays avancés. En effet, elles contribuent à améliorer la rapidité et l'exactitude des diagnostics, à soigner la maladie, à allonger la survie, à soulager la douleur, à faciliter la réadaptation et à préserver l'indépendance. À titre d'exemple, Medical Devices Canada (MEDEC) déclarait dans un mémoire au Comité :

*Les appareils et technologies modernes ont non seulement amélioré les résultats pour les malades, mais, par l'emploi de techniques moins intrusives, ils ont aussi permis de raccourcir les séjours à l'hôpital et, par voie de conséquence, de rendre le système de santé plus rentable<sup>88</sup>.*

Durant les audiences du Comité, on s'est longuement interrogé sur la disponibilité, le financement et l'évaluation des technologies de la santé, courantes et nouvelles. Le Comité estime essentiel d'examiner ces questions de près de manière à optimiser les avantages de ces technologies pour la population, tout en faisant en sorte que le système de soins de santé demeure abordable.

***Le Comité estime essentiel d'examiner de près les questions entourant la disponibilité, le financement et l'évaluation des technologies de la santé de manière à en optimiser les avantages pour la population, tout en faisant en sorte que le système de soins de santé demeure abordable.***

#### 3.1 Disponibilité des technologies de la santé

Les technologies de la santé ont beau revêtir une grande importance pour la prestation de services de santé de qualité, force est de constater que le Canada est proportionnellement bien mal nanti sur ce plan compte tenu de ses dépenses de santé. Dans le rapport de la phase deux de son étude, le Comité a montré que, si le Canada est au cinquième rang parmi les pays de l'OCDE au chapitre des dépenses de santé (en pourcentage du PIB), il se trouve en revanche dans le tiers inférieur pour ce qui est de la disponibilité des technologies de la santé. Il est par exemple au 21<sup>e</sup> rang (sur 28) pour ce qui est de l'accès à un tomodensitomètre,

---

<sup>87</sup> David Feeny, *La création, l'évaluation et l'application des technologies de la santé au Canada*, mémoire présenté au Comité le 29 mars 2001, p. 4.

<sup>88</sup> Medical Devices Canada, *The Role of Medical Devices and Technologies in the Canadian Health Care System*, mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 4.



au 19<sup>e</sup> rang (sur 22) pour l'accès à un lithotriptideur et 19<sup>e</sup> (sur 27) pour l'accès à l'IRM. Il n'est en bonne place qu'au chapitre de l'accès aux appareils de radiologie (6<sup>e</sup> sur 17)<sup>89</sup>.

Les chiffres montrent par ailleurs que l'écart se creuse. Par exemple, le déficit du Canada au niveau de l'accès à l'IRM s'est aggravé entre 1986 et 1995 par rapport aux pays de l'OCDE mieux classés, notamment l'Australie, la France, les Pays-Bas et les États-Unis.<sup>90</sup>

***Les technologies de la santé ont beau revêtir une grande importance pour la prestation de services de santé de qualité, force est de constater que le Canada est proportionnellement bien mal nanti sur ce plan compte tenu de ses dépenses de santé. Les chiffres montrent par ailleurs que l'écart se creuse.***

L'accès n'est pas la seule difficulté au chapitre des technologies de la santé. Le « vieillissement » des appareils aussi pose problème. Par exemple, d'après les informations qui ont été fournies au Comité, entre 30 et 63 % de la technologie d'imagerie que l'on utilise actuellement au Canada est désuète tant sur le plan de l'âge des machines que sur celui de leur efficacité relative, en ce qui concerne notamment la qualité de l'image ou la dose de radiation nécessaire.<sup>91</sup>

On ne sait pas exactement pourquoi le Canada ne se dote pas des technologies de la santé au même rythme que les autres pays de l'OCDE, ni pourquoi il n'a pas de programme régulier de remplacement du matériel désuet. Cependant, deux facteurs pourraient expliquer cet état de choses. D'abord, le Canada importe la majeure partie des technologies en question, ce qui n'est pas le cas, par exemple, de l'Allemagne, de la France et des États-Unis, qui disposent d'une importante industrie de technologies de la santé. Ce "déficit" pourrait être imputable en partie au fait que le gouvernement intervient peu pour stimuler le développement de cette industrie au Canada. Ensuite, les difficultés budgétaires auxquelles ont dû faire face tous les ordres de gouvernement durant l'ensemble des années 90 ont réduit considérablement l'investissement dans les biens d'équipement du secteur de la santé.

À l'instar de nombreux témoins, le Comité craint que la pénurie d'appareils et l'utilisation d'appareils désuets nuisent à l'établissement d'un diagnostic exact et à la qualité des traitements. Comme on le précise dans le rapport de la phase deux, la situation risque non seulement d'affecter la santé des malades, mais elle suscite aussi des préoccupations quant à la responsabilité des professionnels de la santé.<sup>92</sup>

Le Comité craint en outre que le déficit sur le plan des technologies de la santé n'ait pour effet de limiter l'accès à des soins nécessaires et d'allonger les périodes d'attente. À notre avis, et dans l'esprit du principe 20 énoncé au chapitre 2, le système public de soins de santé doit garantir à la population un diagnostic et un traitement en temps opportun.

<sup>89</sup> Les données portent sur 1997. Voir Volume Deux, p. 40.

<sup>90</sup> Volume Deux, p. 40.

<sup>91</sup> Volume Deux, p. 41

<sup>92</sup> Volume Deux, pp. 41-42.

Dans l'ensemble, le Comité est convaincu que les technologies de la santé sont la clé qui permettra d'offrir aux Canadiens un niveau optimal de soins de santé de qualité. En améliorant l'accès aux technologies nouvelles et en remplaçant les appareils désuets de façon avisée, on contribuera à réduire l'attente et à offrir à tous des diagnostics et des traitements de qualité en temps opportun. Au demeurant, la prestation de services plus rapides et plus efficaces pourrait avoir un effet bénéfique sur les coûts du système de soins de santé en général.

***Le Comité craint que la pénurie de technologies de la santé et l'utilisation d'appareils désuets n'empêche d'offrir un traitement de qualité et ne limite l'accès à des soins médicaux nécessaires. En améliorant l'accès aux technologies nouvelles et en remplaçant les appareils désuets de façon avisée, on contribuera à réduire l'attente et à offrir à tous diagnostics et traitements de qualité en temps opportun.***

### **3.2 Financement de l'acquisition et de la mise à niveau des technologies de la santé**

Comme on l'a déjà fait remarquer, beaucoup de témoins ont signalé la faiblesse des dépenses d'équipement dans le système de soins de santé du Canada, imputable en partie aux contraintes budgétaires avec lesquelles étaient aux prises tous les ordres de gouvernement dans les années 90. Pour les témoins, vu le déficit actuel en technologies de la santé, une sérieuse réévaluation de la manière dont on acquiert et finance ce type d'équipement s'impose. Par ailleurs, beaucoup de témoins ont affirmé que le vieillissement de la population et l'augmentation des attentes allaient grandement influencer sur les besoins futurs en technologies de la santé. En conséquence, ils recommandent, outre un accroissement des dépenses publiques, l'établissement de projections des besoins futurs en la matière et l'élaboration d'un programme d'investissement.

***Il faut établir des projections des besoins futurs en la matière et élaborer un programme d'investissement.***

Le gouvernement fédéral est intervenu récemment pour remédier au déficit de technologies de la santé. Il a annoncé en septembre 2000 son intention d'investir un milliard de dollars en deux ans (2000-2001 et 2001-2002) pour aider les provinces et les territoires à se procurer des appareils médicaux neufs. Les fonds en question ont été débloqués dès l'adoption de la loi en octobre 2000, ce qui a permis aux gouvernements provinciaux et territoriaux de procéder sans tarder à l'achat d'appareils diagnostiques et cliniques.

Les témoins se sont dits heureux de cette initiative, mais demeurent préoccupés. Premièrement, certaines provinces ne se sont pas encore servies, peut-être parce que le gouvernement fédéral exige qu'elles fournissent une subvention de contrepartie, ce qui peut présenter des difficultés pour certaines. Deuxièmement, l'exploitation de ces machines entraîne d'autres dépenses, qui peuvent être difficiles à assumer même pour les provinces qui ont les



moyens de s'équiper<sup>93</sup>. D'après des estimations fournies au Comité, l'investissement d'un milliard de dollars en équipements neufs exigerait 700 millions de dollars de plus pour couvrir les frais d'exploitation de ce matériel<sup>94</sup>. Troisièmement, cet investissement ne règle en rien le problème de la mise à niveau des vieilles machines. On estime à un milliard de dollars la somme nécessaire à la mise à niveau des équipements actuels<sup>95</sup>. Quatrièmement, même les nouvelles sommes investies dernièrement ne porteront pas le Canada à un niveau comparable à celui des autres pays de l'OCDE. Cinquièmement, le Comité a entendu dire qu'il n'existe apparemment pas de mécanisme permettant de savoir exactement ce que les provinces et les territoires font des sommes qui leur ont été accordées pour acheter des équipements neufs.

À l'instar des témoins, le Comité voit dans l'injection de fonds fédéraux additionnels un pas important et souhaité vers l'acquisition des technologies de la santé nécessaires. Nous estimons cependant que cela ne suffit pas. Ce type de financement, quand il est offert, devrait être structuré de manière à être plus attrayant pour les provinces et les territoires. Nous pensons aussi que le gouvernement fédéral doit s'assurer que les fonds neufs destinés aux technologies de la santé servent effectivement à l'achat de machines dont on se serait autrement passé, et non à subventionner des dépenses déjà prévues.

***Le Comité voit dans l'injection de fonds fédéraux additionnels un pas important et bienvenu vers l'acquisition de technologies de la santé nécessaires. Nous estimons cependant que cela ne suffit pas.***

***[...]***

***Par ailleurs, le Comité s'inquiète de l'absence d'un mécanisme permettant de s'assurer que les provinces et les territoires affectent bien les fonds fédéraux aux fins prévues.***

Par ailleurs, le Comité s'inquiète de l'absence d'un mécanisme permettant de s'assurer que les provinces et les territoires affectent réellement les fonds fédéraux aux fins prévues. Pour cette raison, dans l'esprit du principe trois énoncé au chapitre deux, nous pensons nécessaire d'instituer un mécanisme efficace de reddition de comptes quant à l'usage fait des fonds fédéraux. En conséquence, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral mette sur pied un programme à long terme destiné à aider les provinces et les territoires à se procurer et à exploiter les technologies de la santé, et que ce programme soit assorti de mécanismes par lesquels les provinces et les territoires bénéficiaires rendront compte de l'utilisation des fonds fédéraux réservés à cette fin.**

<sup>93</sup> Par ailleurs, des pénuries de personnel spécialisé empêchent parfois d'exploiter pleinement le matériel dont on dispose et la formation des techniciens aussi entraîne des coûts. Ces questions sont étudiées plus en détail au chapitre six.

<sup>94</sup> Association canadienne des radiologistes, *L'accès à des soins de santé de qualité – Un droit pour les Canadiens, une obligation de nos gouvernements*, mémoire présenté au Comité en mars 2001, p. 3.

<sup>95</sup> Ibid.



Enfin, le Comité est d'avis que, avant de se lancer dans l'achat de nouveaux appareils, il importe d'en vérifier l'efficacité et la rentabilité. Nous traiterons de cette question plus en détail ci-dessous.

### **3.3 Évaluation des technologies de la santé**

Durant la phase deux de son étude, le Comité a appris que l'évaluation des technologies de la santé (ETS) fournit des informations sur la sûreté de ces technologies, leur efficacité clinique et leur rentabilité. Cette évaluation prend aussi en considération les aspects sociaux, juridiques et éthiques du recours aux technologies de la santé établies ou nouvelles. Dans un mémoire soumis au Comité, on explique ce qui suit :

*L'évaluation des technologies de la santé porte sur les technologies médicales (appareils, machines, procédures et médicaments) et leur utilisation. Il s'agit de synthétiser les recherches sur les technologies médicales pour en faire ensuite une analyse critique. Processus multidisciplinaire, l'évaluation peut porter sur des analyses de la sûreté, de l'efficacité et de l'efficience de la technologie et de la qualité de vie des malades et de l'utilisation de la technologie. L'évaluation peut aussi porter sur d'autres facteurs comme les répercussions économiques, éthiques et sociales de la technologie étudiée et sur ses effets secondaires, qui peuvent être fortuits, indirects et à retardement<sup>96</sup>.*

L'ETS peut aider à décider s'il faut se procurer une technologie nouvelle ou remplacer celle qu'on possède déjà. Plus important encore, elle contribue à maints égards à améliorer la qualité des soins médicaux : elle permet de s'assurer de l'efficacité des technologies, de veiller à ce qu'elles soient utilisées à bon escient et de voir à ce qu'on utilise la technologie la moins coûteuse pour obtenir le résultat souhaité.

Ces dernières années, le gouvernement fédéral et les provinces ont appuyé la création de divers organismes chargés de l'évaluation des nouvelles technologies. Le premier organisme provincial de ce genre, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, a été créé en 1988. Au niveau national, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) a ouvert ses portes en 1989. En Colombie-Britannique, l'Office of Health Technology Assessment a vu le jour en 1990. Le service d'évaluation des technologies de la santé de la Heritage Foundation for Medical Research de l'Alberta a été institué en 1996. Des organismes d'étude de la consommation des services de santé, qui effectuent certaines activités d'ETS, ont été établis au Manitoba, en Ontario et en Saskatchewan. L'OCCETS joue trois grands rôles : il coordonne toutes les activités d'ETS exercées par les diverses instances; il s'efforce de réduire les doubles emplois entre les activités des organisations nationales, provinciales ou territoriales; et il mène ses propres activités d'ETS.

On a dit au Comité que, malgré l'existence de ces organismes, on ne s'intéressait pas suffisamment à l'ETS au Canada. Le Canada consacre moins d'argent à l'ETS que bien d'autres pays avec lesquels il devrait pourtant être sur un pied d'égalité. Par exemple, on investit au Canada moins de 8 millions de dollars annuellement dans l'ETS, tous ordres de gouvernement confondus (4,3 millions environ pour l'OCCETS et approximativement

---

<sup>96</sup> Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, mémoire présenté au Comité le 29 mars 2001, p. 2.

3 millions de dollars pour les organismes provinciaux), comparativement aux quelque 100 millions de dollars que le Royaume-Uni consacre à son National Institute for Clinical Evidence (NICE). Il arrive donc souvent que l'on mette sur le marché au Canada des technologies de la santé dont on ne connaît pas encore très bien la sûreté, l'efficacité et le coût.

Martin Zelder, directeur de la recherche sur la politique sanitaire au Fraser Institute, a proposé que le Canada se serve des résultats de l'ETS réalisée à l'étranger<sup>97</sup>, mais d'autres témoins ont fait valoir qu'on ne pouvait pas transposer directement les résultats de recherches effectuées ailleurs en raison des différences, d'un pays à l'autre, au chapitre de la composition démographique de la population, de la morbidité, des coûts des ressources en santé et de la pratique médicale. Bien que l'OCCETS et ses homologues des autres pays se communiquent l'information dont ils disposent, les généralisations ont des limites :

*L'efficacité et l'efficience de la technologie peuvent ou non être généralisées, et il est certain que les coûts ne le peuvent pas. Une analyse coût-avantage effectuée aux États-Unis ne peut s'appliquer telle quelle au Canada. Les coûts sur lesquels l'analyse s'appuie tiennent compte de prix relatifs différents de ceux en vigueur au Canada<sup>98</sup>.*

Le Comité a été saisi d'une autre lacune importante, à savoir que l'information générée par les activités d'ETS se rendait difficilement jusqu'aux fournisseurs et aux administrateurs des soins de santé. Toute amélioration à ce chapitre permettrait à coup sûr d'améliorer la qualité de la prestation des soins médicaux et de formuler une politique de santé plus judicieuse.

Dans l'ensemble, le Comité convient avec les témoins de l'importance critique de l'évaluation des technologies de la santé et de l'opportunité de prévoir davantage d'ETS au moment de l'adoption de technologies nouvelles ou du remplacement des appareils médicaux. Nous convenons aussi de l'importance de mieux diffuser les résultats de l'ETS en raison des

***Dans l'ensemble, le Comité convient avec les témoins de l'importance critique de l'évaluation des technologies de la santé et de l'opportunité de prévoir davantage d'ETS au moment de l'adoption de technologies nouvelles ou du remplacement des appareils médicaux. Nous convenons aussi de l'importance de mieux diffuser les résultats de l'ETS en raison des progrès rapides des technologies de la santé.***

progrès rapides des technologies de la santé. Le Comité estime que, dans le contexte du financement de la recherche innovatrice en santé, le gouvernement fédéral devrait consacrer davantage de fonds à l'évaluation des technologies de la santé courantes et nouvelles. En conséquence, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral accroisse le montant des fonds destinés à l'OCCETS et aux autres organismes d'évaluation des technologies de la santé.**

<sup>97</sup> Martin Zelder, *Evidence on Canada's Medical Technology Gap*, mémoire présenté au Comité le 29 mars 2001.

<sup>98</sup> Délibérations du Comité, 2<sup>e</sup> session, 37<sup>e</sup> législature, 29 mars 2001 (17 h 20).

**Que ces fonds additionnels servent à accroître l'ETS au Canada et à améliorer la diffusion et la promotion des résultats de l'ETS auprès des fournisseurs et des administrateurs des soins de santé.**

Enfin, le Comité a appris qu'il existait très peu d'information sur la part précise des technologies dans les coûts de la santé. On manque en effet de données fiables pour établir le rapport entre la technologie et la progression des dépenses de santé. Dans la plupart des études, on se contente d'imputer aux technologies la part des dépenses de santé qui n'est pas attribuable à des facteurs plus faciles à identifier.

Ainsi, nous ne savons pas vraiment ce que coûtent les technologies de la santé au Canada, ni l'effet de celles-ci sur la santé et la qualité de vie de la population. Il est impossible de savoir si les coûts des technologies de la santé viennent s'ajouter carrément aux dépenses de santé, ou s'ils sont dans une certaine mesure compensés par des réductions concomitantes des coûts des traitements. Tous les témoins entendus ont souligné la nécessité d'effectuer des recherches à ce sujet.

Le Comité constate le manque de renseignements pertinents et à jour sur les coûts et les répercussions du recours aux technologies de la santé, et estime qu'il serait avantageux pour l'ensemble du système de soins de santé de faire davantage de recherches à ce sujet. En conséquence, il recommande :

**Que le gouvernement fédéral accorde des sommes additionnelles aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé pour soutenir la recherche sur les répercussions potentielles des technologies de la santé sur les coûts du système de soins de santé.**





## CHAPITRE QUATRE

### CREATION D'UNE INFOSTRUCTURE NATIONALE DE LA SANTE

---

Le secteur de la santé est fortement axé sur l'information. Grâce à une « bonne information », le fournisseur de soins de santé peut ordonner le bon traitement, prescrire le médicament approprié ou recommander la meilleure approche préventive possible. Toute personne qui possède les renseignements dont elle a besoin est mieux en mesure de prendre de bonnes décisions en matière de santé et de style de vie. S'ils possèdent la bonne information, les gestionnaires et les décideurs en matière de soins de santé peuvent établir la façon la plus rentable et la plus efficace de répartir les ressources financières, matérielles et humaines.

Au Canada, à l'heure actuelle, il arrive souvent que l'on ne puisse pas obtenir facilement l'information nécessaire à la prestation, à la gestion et à l'utilisation des soins de santé. Au cours des audiences de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le système de soins de santé du Canada ne fait pas autant appel aux technologies modernes de l'information et des communications que d'autres secteurs axés sur l'information. Selon certains témoins, l'utilisation accrue de ces technologies permettrait d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'échange des « bons renseignements ». Cela faciliterait considérablement la prise de décisions fondées sur des données probantes par les fournisseurs de soins de santé, les gestionnaires et les décideurs en matière de soins de santé de même que par les patients.

Le terme « télésanté » est souvent utilisé pour décrire le recours aux technologies de l'information et des communications dans le domaine de la santé. Comme il en a été question dans le volume deux de l'étude du Comité, les applications suivantes de la télésanté comptent parmi les options envisagées au Canada pour accroître l'échange d'une « bonne information » et améliorer la qualité des soins de santé :

- Un système de dossiers de santé électroniques (DSE). Le système de DSE est un système automatisé alimenté par les fournisseurs de soins de santé. Il fait partie d'un réseau électronique qui donne accès au dossier de santé complet du patient, où sont inscrits entre autres les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, etc.
- La télémédecine et les télésoins à domicile. Ces applications de la télésanté rendent possible la prestation de soins de santé à grande et à courte distance.
- Un réseau d'information sur la santé accessible par Internet. Ce réseau a pour but d'aider les personnes à prendre des décisions éclairées en ce qui a trait à leur santé et leur bien-être ainsi qu'au système et à la politique de soins de santé<sup>99</sup>.

La télésanté est à la base de ce que de nombreux Canadiens appellent « l'infrastructure de la santé ». À l'heure actuelle, tous les ordres de gouvernement procèdent à la mise en œuvre de diverses composantes de cette infrastructure. Ces initiatives en sont cependant à des étapes d'élaboration différentes. En outre, elles sont dispersées au sein des organismes, des

---

<sup>99</sup> Volume deux, p. 106 à 108.

établissements et des provinces et « il s'agit d'un ensemble de projets disparates, dont la valeur augmenterait énormément s'ils étaient rassemblés en un tout cohérent »<sup>100</sup>. Le défi consiste à intégrer toutes ces infostructures dans un système d'information exhaustif et uniforme. Pour ce faire, il est évident que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent collaborer et que le Canada doit d'abord adopter un système de dossiers de santé électroniques.

#### 4.1 Etablissement d'un système de dossiers de santé électroniques

La création d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) représente sans contredit la première étape d'un processus de collecte de renseignements sur la santé qui permettra de prendre des décisions fondées sur des données probantes dans l'ensemble du système de soins de santé :

*En disposant d'une information précise et opportune sur les déterminants de la santé et les résultats des décisions antérieures, les fournisseurs de soins de santé pourront prendre des décisions éclairées dans l'intérêt de leurs patients. Une meilleure compréhension des répercussions sur la santé et des coûts des décisions antérieures permettra aux décideurs et aux gestionnaires de prendre des décisions fondées sur les résultats, décisions nécessaires pour maintenir la poussée des réformes et appuyer le système de santé. Une information plus juste en matière de santé permettra au grand public de participer davantage aux débats en matière de politique de santé et de responsabiliser le système de santé. En leur qualité de consommateurs, les Canadiens et les Canadiennes pourront rechercher en connaissance de cause les fournisseurs de soins de santé et les services pouvant répondre à leurs besoins<sup>101</sup>.*

Tout système de DSE possède l'importante caractéristique suivante : il permet aux fournisseurs de soins de santé, où qu'ils se trouvent, d'accéder au besoin à des renseignements sur les patients, grâce à l'interconnexion de bases de données interopérables qui respectent les normes nécessaires en matière de technique et de données. Le Comité est d'avis qu'un système de DSE offre d'énormes possibilités pour réaliser l'intégration des divers éléments du système de soins de santé du Canada, actuellement cloisonné. Selon nous, le manque d'intégration actuel gêne l'établissement d'un lien direct entre les intrants et les extrants ou résultats du système de soins de santé. Cette situation constitue un obstacle de taille à la prise de décisions fondées sur les résultats en matière de santé et de soins de santé.

**Le Comité est d'avis qu'un système de DSE offre d'énormes possibilités pour réaliser l'intégration des divers éléments du système de soins de santé du Canada, actuellement cloisonné. Selon nous, le manque d'intégration actuel gêne l'établissement d'un lien direct entre les intrants et les extrants ou résultats du système de soins de santé.**

Lors des audiences du Comité, de nombreux témoins ont indiqué que le système de DSE constitue la pierre angulaire d'un système de prestation de soins de santé efficient et

<sup>100</sup> Rapport de la Conférence nationale sur l'infostructure de la santé, février 1998, p. 19.

<sup>101</sup> Conseil consultatif sur l'infostructure de la santé, *Connexions pour une meilleure santé : questions stratégiques*, Rapport intérimaire, septembre 1998, p. 2.



judicieux, capable d'améliorer à la fois la qualité et la responsabilisation. Selon eux, les DSE sont essentiels à un système de soins de santé vraiment axé sur le patient. Le rapport de la commission Fyke, en Saskatchewan, va dans le même sens :

*Le système de dossiers de santé électroniques constitue la pierre angulaire d'un système de prestation de soins de santé efficient et judicieux permettant d'améliorer la qualité et la responsabilisation. En son absence, les perspectives d'un système de soins de santé efficient et axé sur le patient et les perspectives d'un travail d'équipe optimal sont minces<sup>102</sup>.*

Outre la commission Fyke, d'autres commissions provinciales sur les soins de santé ont endossé la création d'un système de DSE, notamment la Commission de restructuration des services de santé en Ontario, la commission Clair au Québec et le rapport Mazankowski en Alberta<sup>103</sup>.

Tous les ordres de gouvernement canadiens ont reconnu l'importance d'élaborer un système de DSE. D'ailleurs, le 11 septembre 2000, les premiers ministres des provinces se sont entendus pour collaborer à la création d'un tel système au cours des trois années suivantes et à l'élaboration de normes communes applicables aux données afin d'assurer la compatibilité et l'interopérabilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé, et de garantir la protection rigoureuse des renseignements personnels sur la santé.

Pour appuyer l'entente conclue entre les premiers ministres, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 500 millions de dollars en 2000-2001 pour accélérer l'implantation de technologies de l'information modernes au sein du système de soins de santé. Le Comité a appris que cette somme d'argent a été investie dans une entreprise à but non lucratif connue sous le nom d'Inforoute Santé du Canada Inc. (ou Inforoute), qui travaillera en collaboration avec les provinces et les territoires à l'élaboration des composantes de base nécessaires au système de DSE au cours des trois à cinq prochaines années. Inforoute a actuellement deux projets en marche :

- D'abord, elle a créé un répertoire national permettant de consigner les initiatives organisationnelles, régionales, provinciales et nationales liées à l'élaboration des DSE.
- Ensuite, de concert avec l'ICIS et d'autres intéressés, elle procède à l'élaboration de normes coordonnées et uniformes en matière de collecte et d'échange d'informations dans le domaine pharmaceutique<sup>104</sup>.

---

<sup>102</sup> Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé (présidée par Kenneth Fyke), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, avril 2001, p. 68.

<sup>103</sup> Commission de restructuration des services de santé (présidée par Duncan Sinclair), *Stratégie pour la réforme des soins primaires : conseils et recommandations présentés à l'honorable Elizabeth Witmer, ministre de la Santé*, gouvernement de l'Ontario, décembre 1999; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (présidée par Michel Clair), *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*, janvier 2001; Conseil consultatif du Premier ministre sur la santé (présidé par le très honorable Don Mazankowski), *A Framework for Reform*, rapport au Premier ministre de l'Alberta, décembre 2001.

<sup>104</sup> Selon le site Web d'Inforoute, à l'adresse <http://www.canadahealthinfoway.ca/>.

Le Comité est d'avis que les travaux d'Inforoute constituent une première étape importante vers l'intégration complète des diverses infostructures de la santé. Nous nous réjouissons de cette volonté de collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, qui devrait favoriser l'élaboration d'un modèle unique de DSE. À notre avis, le système

***À notre avis, le système public de soins de santé du Canada et la population canadienne tireront des avantages considérables d'un système de DSE pourvu que celui-ci ait une portée nationale. À cette fin, le Canada doit agir comme chef de file et fournir les ressources nécessaires.***

public de soins de santé du Canada et la population canadienne tireront des avantages considérables d'un système de DSE pourvu que celui-ci ait une portée nationale. À cette fin, le Canada doit agir comme chef de file et fournir les ressources nécessaires. Le Comité recommande donc :

**Que, au terme de la période de trois à cinq ans, le gouvernement fédéral accorde du financement additionnel à Inforoute Santé du Canada Inc. pour permettre à cette entreprise de créer, de concert avec les provinces et les territoires, un système national de dossiers de santé électroniques.**

Le Comité reconnaît que la population éprouve une certaine appréhension à propos de l'informatisation et de la mise en réseau des dossiers personnels de santé, plus particulièrement en ce qui a trait à la nature des renseignements recueillis et à la façon dont ils sont rassemblés, stockés et utilisés. À l'instar du Comité consultatif sur l'infostructure de la santé, nous croyons qu'il faut établir des lignes directrices régissant la collecte, le stockage et l'utilisation des renseignements afin d'assurer l'intégration harmonieuse des infostructures. Le Comité recommande donc :

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec toutes les parties impliquées dans l'informatisation des dossiers de santé, établisse des normes et des règles applicables à la collecte, au stockage et à l'utilisation des renseignements.**

L'avantage le plus important lié à l'élaboration d'un système de DSE pancanadien est peut-être que ce système permettra de disposer de données fondées sur des résultats probants, lesquelles serviront à évaluer la qualité des soins, l'efficacité du système de soins de santé et la satisfaction des patients. Les DSE rendront également possible l'évaluation des résultats de diverses interventions. Cela favorisera l'imputabilité et la transparence du processus décisionnel en matière de prestation et de politique de soins de santé, en plus de permettre l'amélioration de la qualité des soins.

#### **4.2 Évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats : la nécessité de mener une évaluation indépendante**

Le Comité est persuadé qu'un investissement à long terme dans les technologies de l'information et des communications, notamment un système de DSE, permettra de recueillir



des renseignements plus pertinents et plus opportuns sur l'accès aux soins, la qualité de leur prestation, l'efficacité du système de soins et ses résultats pour le patient. Comme l'ont fait valoir certains témoins, nous croyons que les gouvernements devraient financer la création d'un système de DSE et l'élaboration d'une infrastructure de la santé à portée plus large et d'envergure nationale.

En outre, nous reconnaissons les inquiétudes exprimées par de nombreux témoins qui croient que les gouvernements doivent financer le système de DSE sans toutefois être chargés d'évaluer les données sur la santé, la qualité des soins et les résultats. Selon ces témoins, la collecte et l'évaluation des renseignements sur la santé sont actuellement effectuées par ceux qui financent et assurent la prestation des soins de santé, à savoir les gouvernements. Les résultats ne font l'objet d'aucune évaluation indépendante et il n'existe pas de vérification externe de l'impact des diverses interventions sur les patients.

Cette inquiétude a également été soulevée dans les rapports récemment publiés par des commissions provinciales sur les soins de santé. Voici notamment ce que mentionnait à ce sujet le Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé :

*Le suivi et le contrôle des résultats et la publication périodique de rapports destinés au public sont essentiels pour améliorer la qualité des soins de santé. Cependant, s'ils évaluent eux-mêmes les résultats, les gouvernements et les autorités sanitaires peuvent se retrouver en situation de conflit d'intérêts<sup>105</sup>.*

Le conseil consultatif a recommandé la création d'une commission permanente chargée des résultats, qui assurerait le suivi et l'évaluation des résultats et rendrait compte régulièrement à la population.

De même, la commission Fyke en Saskatchewan a recommandé la création d'un « conseil de la qualité », organe indépendant du gouvernement et fondé sur l'expérience clinique. Ce conseil aurait notamment pour mandat de faire régulièrement rapport à l'assemblée législative provinciale et à la population sur un éventail de questions, notamment les tendances notées dans l'état de santé de la population, les coûts et avantages des interventions en soins de santé, les pratiques et les erreurs cliniques, l'évaluation des technologies, de l'équipement et des médicaments. Le rapport Fyke précisait que :

*[...] le conseil de la qualité pourrait permettre de dépolitiser les décisions, trouver des solutions créatives à des problèmes de longue date, débarrasser la population de la tyrannie de l'information anecdotique et des renseignements erronés au sujet de l'état du système de soins de santé, et révéler les aspects du système qui présentent un rendement optimal et ceux qui ne le font pas<sup>106</sup>.*

En d'autres termes, ces commissions provinciales ont proposé que le rôle d'évaluation du système de soins de santé soit dissocié du rôle lié au financement et à la prestation des soins. Cette proposition a également été formulée dans un rapport publié récemment :

---

<sup>105</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 68.

<sup>106</sup> Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé, p. 81.



[...] le fait de séparer les fonctions – assurance, prestation des services et évaluation de la qualité des soins – actuellement remplies par les gouvernements dans le système de soins de santé [...] favorisera la collecte de renseignements et leur diffusion à grande échelle, permettra à la population de rendre les fournisseurs de soins responsables en ne faisant plus appel à ceux dont les délais ou les résultats de traitements sont inacceptables, et permettra aux gouvernements d'appliquer une norme ou un contrôle réglementaire plus rigoureux<sup>107</sup>.

Le Comité estime qu'il est essentiel de procéder à l'évaluation de notre système de prestation de soins de santé afin de fournir des soins fondés sur l'expérience clinique et répondant aux besoins des patients. Nous sommes tout à fait d'accord avec les témoins et les commissions provinciales qui font valoir que les rôles de financement et de prestation doivent être dissociés du rôle d'évaluation afin de permettre une évaluation indépendante de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé.

**Le Comité estime qu'il est essentiel de procéder à l'évaluation de notre système de prestation de soins de santé afin de fournir des soins fondés sur l'expérience clinique et répondant aux besoins des patients. Nous sommes tout à fait d'accord avec les témoins et les commissions provinciales qui font valoir que les rôles de financement et de prestation doivent être dissociés du rôle d'évaluation afin de permettre l'évaluation indépendante de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé.**

De plus, comme le précise le principe seize (chapitre deux), le Comité est d'avis que l'évaluation indépendante doit être menée à l'échelle nationale (et non fédérale). Une telle approche permettrait une mise en commun des compétences et donnerait donc lieu à l'optimisation des ressources humaines limitées que compte actuellement le Canada, ce qui se traduirait par d'importantes économies d'échelle. De plus, les petites provinces, qui autrement ne seraient pas en mesure de maintenir un système de surveillance et d'évaluation réellement efficace, tireraient manifestement profit d'un processus d'évaluation à portée nationale.

Selon le Comité, ce processus national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé devrait s'articuler autour des organismes nationaux qui sont actuellement chargés de réaliser des évaluations indépendantes du système. Ainsi, le processus d'évaluation devrait comporter trois volets :

- D'abord, on devrait renforcer le rôle de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Outre ses responsabilités en matière de santé publique, l'ICIS devrait se voir confier la tâche de produire des rapports (publics ou confidentiels) sur la performance

**Selon le Comité, ce processus national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé devrait s'articuler autour des organismes nationaux qui sont actuellement chargés de réaliser des évaluations indépendantes du système.**

<sup>107</sup> Dr David Zitner et Brian Lee Crowley, *Public Health, Private Secret*, rapport de recherche, Atlantic Institute for Market Studies, janvier 2002, p. ix.

de toutes les régions et de tous les organismes fournisseurs.

- Ensuite, le Conseil canadien d'agrément des services de santé devrait formuler régulièrement des recommandations sur la façon de combler les lacunes qu'il aurait relevées dans les établissements de soins de santé. Facultatif à l'heure actuelle, on devrait rendre cet examen obligatoire.
- Enfin, le conseil de citoyens sur la qualité des soins de santé devrait contribuer à l'élaboration de normes et de politiques régissant l'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé<sup>108</sup>.

L'étendue des pouvoirs confiés à chaque organisme devrait être précisée. Ces organismes devraient-ils s'appuyer exclusivement sur la pression publique et la persuasion ou devraient-ils être en mesure de forcer les fournisseurs ne respectant pas les normes de qualité établies à apporter les changements nécessaires? Quel que soit le mandat de chacun de ces organismes nationaux d'évaluation, il est clair que de nombreuses questions de compétences doivent être réglées. Toutefois, le Comité fait, comme premier pas, la recommandation suivante :

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, entreprenne la mise sur pied d'un système national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé. Ce système devra : 1) s'appuyer sur les compétences et les organismes actuels; 2) être indépendant des gouvernements; 3) bénéficier d'un financement public approprié. Le gouvernement fédéral devra accorder un financement substantiel à cette initiative fort importante.**

### **4.3 Favoriser la responsabilisation**

De nombreux témoins ont reconnu que l'élaboration d'un système de DSE visant à recueillir et à interpréter des données sur l'efficacité du système de soins de santé et des traitements rendra le financement et la prestation des soins de santé plus transparents. En outre, un système de DSE uniforme facilitera le suivi et la surveillance de l'utilisation des fonds destinés aux services de santé publics. En bout de ligne, le système favorisera l'imputabilité (ou responsabilisation) de l'ensemble du système.

Mais qu'entend-on exactement par « responsabilisation »? De l'avis du Comité, la responsabilisation se définit comme l'obligation de faire la preuve et d'assurer la responsabilité d'un rendement par rapport à des objectifs établis. Comme nous l'avons mentionné dans le volume quatre de notre étude, les gouvernements peuvent rendre des comptes de deux manières. D'abord, le gouvernement fédéral rend compte aux Canadiens de ses politiques et programmes en ce qui concerne la santé (la reddition de comptes publics). Ensuite, les gouvernements

---

<sup>108</sup> La création d'un conseil de citoyens sur la qualité des soins de santé a été annoncée dans le cadre du discours du Trône de janvier 2001. Le gouvernement fédéral s'est alors engagé à travailler de concert avec les provinces et les territoires pour mettre sur pied un conseil qui veillera à ce que le point de vue de la population soit pris en compte pour concevoir des indicateurs de rendement significatifs.



provinciaux et territoriaux rendent compte au gouvernement fédéral de l'utilisation qu'ils font des paiements de transfert fédéraux (reddition de comptes de gouvernement à gouvernement)<sup>109</sup>.

La signature, en février 1999, de l'Entente-cadre sur l'union sociale par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (à l'exception du Québec) a marqué un pas important vers une plus grande reddition de comptes au public<sup>110</sup>. En vertu de cette entente, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à accroître leur transparence et leur imputabilité envers la population canadienne en ce qui a trait à l'efficacité de leurs politiques sociales (y compris la politique en matière de soins de santé), pour permettre aux Canadiens d'évaluer le rendement des programmes sociaux. Selon l'Entente-cadre, chaque gouvernement s'engage donc plus précisément :

- à suivre de près ses programmes sociaux, à en mesurer le rendement et à publier des rapports réguliers pour informer le public du rendement obtenu;
- à partager des informations sur les pratiques exemplaires adoptées pour mesurer les résultats, et à travailler de concert avec les autres gouvernements pour mettre au point, à terme, des indicateurs comparables permettant de mesurer les progrès accomplis en regard des objectifs convenus;
- à reconnaître et à expliquer publiquement les contributions et les rôles respectifs des gouvernements<sup>111</sup>.

En plus de reconnaître la nécessité d'accroître leur imputabilité envers le public, les gouvernements signataires de l'Entente-cadre se sont engagés à « utiliser les transferts intergouvernementaux aux fins prévues et [à] faire bénéficier [leurs] résidents de toute augmentation »<sup>112</sup>. De l'avis du Comité, la collecte de renseignements sur l'utilisation qui est faite des fonds publics améliorera considérablement la reddition de comptes de gouvernement à gouvernement.

À l'heure actuelle, les provinces et les territoires ne sont pas tenus de rendre compte de l'utilisation des paiements de transfert fédéraux qu'ils reçoivent en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). L'actuel mécanisme d'imputabilité de gouvernement à gouvernement respecte les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Aux termes de cette loi, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent présenter volontairement un rapport annuel décrivant la façon dont leur régime d'assurance-santé respectif adhère aux principes de la Loi. Cette information sert à rédiger le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé*.

***De l'avis du Comité, la collecte de renseignements sur l'utilisation qui est faite des fonds publics améliorera considérablement la reddition de comptes de gouvernement à gouvernement.***

<sup>109</sup> Volume quatre, p. 104.

<sup>110</sup> *Un cadre visant à améliorer l'union sociale pour les Canadiens*, Entente entre le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le 4 février 1999.

<sup>111</sup> *Ibid.*

<sup>112</sup> *Ibid.*



En outre, l'Entente-cadre permet d'accroître la transparence et l'imputabilité envers le public en ce qui a trait aux différends visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Pour ce qui est de la transparence, l'entente prévoit un mécanisme de prévention et de règlement des différends qui « devrait être simple, rapide, efficient, efficace et transparent »<sup>113</sup>. En ce qui concerne la reddition de comptes publics, l'entente précise que « les gouvernements rendront compte publiquement chaque année de la nature des différends intergouvernementaux et de la façon dont ils ont été résolus »<sup>114</sup>.

Un tel mécanisme de règlement des différends applicable à la *Loi canadienne sur la santé* n'a pas encore été établi. Lors de leur rencontre de janvier 2002, les premiers ministres provinciaux et les dirigeants territoriaux ont demandé au Premier ministre Klein de piloter ce dossier auprès du gouvernement fédéral afin d'établir, d'ici au 30 avril 2002, un mécanisme de règlement des différends relatif à la *Loi canadienne sur la santé*. Le Comité espère que ce mécanisme sera bientôt en place et qu'il permettra de donner plus de transparence et d'imputabilité aux processus d'interprétation et d'application de la Loi. Cette amélioration constituerait, selon nous, un pas important vers le renouvellement et la réorganisation des soins de santé au Canada.

#### **4.4 Confidentialité et protection des renseignements personnels**

Le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé dans le contexte d'un système de DSE, ainsi que dans le cadre plus large d'une infrastructure nationale de la santé, ont probablement constitué la question la plus délicate soulevée lors des audiences du Comité sur le sujet. Bien que ces termes soient parfois utilisés comme synonymes, ils renvoient à des notions totalement différentes :

- Le *caractère privé des renseignements personnels* concerne le droit des personnes d'être maîtres de l'information qui touche leur santé, qu'il s'agisse de sa collecte, de son utilisation ou de sa divulgation.
- La *confidentialité* a trait à l'obligation des fournisseurs de soins de santé de protéger l'information qui concerne la santé de leurs patients, de la garder secrète et de ne pas l'utiliser ou la divulguer à mauvais escient.
- La *sécurité* touche l'ensemble des normes entourant les systèmes d'information qui protègent l'accès au système et l'information qu'il contient.

En somme, le caractère privé de l'information a pour corollaire l'obligation de respecter son caractère confidentiel et d'assurer sa sécurité. La protection de la vie privée au Canada est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. À l'heure actuelle, le cadre juridique de la protection de la vie privée est une mosaïque de lois, politiques, règlements et codes de pratique volontaires. On a dit au Comité que le premier pas à faire consiste à faire admettre la nécessité d'harmoniser les lois et règlements au Canada de telle sorte que la vie privée des Canadiens en matière de santé soit protégée de façon raisonnable et uniforme.

Le Comité a été heureux d'apprendre que tous les secteurs de compétence se penchent actuellement sur une résolution visant à harmoniser les lois dans ce domaine et que

---

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> *Ibid.*

l'on s'attend à ce qu'un accord soit bientôt conclu en ce sens. Nous accordons tout notre appui à Inforoute pour qu'elle favorise l'adoption d'une prise de position commune sur le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels dans le contexte de l'implantation d'un système de DSE pancanadien.

De plus, le Comité reconnaît que la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, promulguée en juin 2000, a soulevé un débat animé et une étude approfondie de la question au cours des deux dernières années. Nous sommes heureux de constater que plusieurs organismes du domaine de la santé ont sérieusement examiné une bonne partie des préoccupations qu'a suscitées la Loi, notamment la nécessité de protéger les renseignements personnels sur la santé tout en permettant une utilisation restreinte de ces renseignements à des fins essentielles, comme la gestion des soins de santé – y compris la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé – et la recherche en santé.

Comme d'autres Canadiens, les membres du Comité accordent une très grande priorité à la protection des renseignements personnels sur la santé. Bien que la protection des renseignements personnels revête à juste titre une très grande importance, il faut reconnaître les risques que présente le refus sommaire de

***Comme d'autres Canadiens, les membres du Comité accordent une très grande priorité à la protection des renseignements personnels sur la santé. Bien que la protection des renseignements personnels revête à juste titre une très grande importance, il faut reconnaître les risques que présente le refus sommaire de l'accès à ces renseignements en raison des menaces que perçoit le public pour la vie privée et la confidentialité.***

l'accès à ces renseignements en raison des menaces que perçoit le public pour la vie privée et la confidentialité. Cela dit, le Comité estime que, si les Canadiens accordent un accès restreint à leurs renseignements personnels à des fins essentielles, notamment pour la recherche en santé et la gestion des soins de santé, il est impératif que ces renseignements bénéficient d'une protection appropriée. Nos principales observations et recommandations en matière de protection des renseignements personnels figurent à la section 5.7.4 du chapitre cinq.

#### **4.5 Investir dans la télésanté dans les régions rurales et éloignées**

Les applications de la télésanté peuvent non seulement améliorer l'échange d'information entre les divers fournisseurs de soins de santé et établissements, mais elles permettent également d'assurer des soins à grande distance. La télémédecine est une application de la télésanté qui peut améliorer grandement la qualité et l'opportunité des soins, particulièrement dans les régions rurales et éloignées du Canada.

Comme le dit le Comité dans le rapport de la phase deux de son étude, jusqu'à 30 % de la population du Canada vit dans des régions rurales, des régions éloignées ou dans le Nord<sup>115</sup>. L'accessibilité aux soins de santé est l'un des quatre principes de la *Loi canadienne sur la santé* qui privilégient le patient. Or, les Canadiens des régions rurales se plaignent de plus en plus des écarts qui existent entre les services offerts aux régions urbaines et ceux que l'on trouve dans les régions rurales et éloignées.

<sup>115</sup> Volume deux, p. 137.



Le gouvernement fédéral a répondu aux préoccupations des Canadiens des régions rurales de plusieurs manières. Par exemple, il a créé en septembre 1998 le Bureau de la santé rurale afin de veiller à ce que l'on prenne mieux en compte les vues et les préoccupations des Canadiens des régions rurales aux fins de l'établissement de la politique nationale de santé et les stratégies de renouvellement du système de soins de santé. En février 1999, il a annoncé qu'il investirait 50 millions de dollars sur trois ans (de 1999-2000 à 2001-2002) afin de soutenir des projets pilotes relevant des « Innovations en santé rurale et communautaire ».

En juin 2000, le gouvernement fédéral a annoncé le lancement de sa Stratégie nationale en santé rurale, qu'il considère comme une étape importante dans le processus visant à donner à tous les Canadiens un accès fiable à des soins de santé de qualité. Puis, en juillet 2001, il a annoncé la création du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, qui doit conseiller le ministre de la Santé sur la façon dont le gouvernement fédéral peut améliorer la santé des communautés et des citoyens du milieu rural.

Selon le Comité, la télémédecine est une composante importante de la politique de santé rurale du gouvernement fédéral. En matière de santé rurale, la télémédecine offre les avantages suivants : elle permet de remédier à la pénurie de fournisseurs de soins de santé en milieu rural et de compléter la formation médicale; elle améliore l'infrastructure de santé rurale; elle permet le respect du principe d'accessibilité de la Loi canadienne sur la santé; et elle assure un développement plus équitable des systèmes d'information sur la santé partout au pays. Le Comité recommande donc :

***Selon le Comité, la télémédecine est une composante importante de la politique de santé rurale du gouvernement fédéral.***

**Que le gouvernement fédéral maintienne les efforts qu'il déploie en matière de santé rurale et qu'il investisse dans des applications de la télésanté qui permettront d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services de santé dans les régions rurales ou éloignées.**

Vu les besoins uniques des communautés rurales et éloignées en matière de santé et de soins de santé, le Comité a décidé de tenir des audiences sur cette question particulière et de publier au cours de l'année un rapport thématique contenant des recommandations détaillées.

#### **4.6 Investir dans les télésoins à domicile**

On considère que la technologie liée à diverses applications de la télésanté est essentielle à la prestation en temps opportun de télésoins à domicile de qualité. Les télésoins à domicile offrent de nombreux avantages :

- réduction du nombre de consultations inutiles en salle d'urgence;
- réduction du nombre de consultations sans rendez-vous au cabinet des médecins de soins primaires;
- intervention précoce et prévention de séjours répétés à l'hôpital;



- conseils au patient sur la gestion des symptômes avant-coureurs, permettant ainsi d'éviter l'apparition d'un état pathologique aigu;
- collecte d'information sur les fluctuations des données relatives aux signes vitaux sur une période de 24 heures, volet important du diagnostic différentiel et de la prévention précoce<sup>116</sup>.

Des témoins ont fait valoir que les télésoins à domicile ne remplacent pas les services de santé déjà offerts. Ils viennent plutôt compléter et consolider le système de soins de santé en permettant la prestation d'un continuum de soins axés sur les besoins des patients.

Comme le Comité l'a mentionné dans le rapport de la phase deux de son étude, il est déjà possible de brancher par ligne téléphonique l'équipement de surveillance à domicile à un établissement local de soins de santé<sup>117</sup>. D'autres innovations sont sur le point de se concrétiser. En fait, les applications des télésoins à domicile sont nombreuses : mentionnons, entre autres, la télémedecine comportant des consultations médicales, des diagnostics et la réadaptation du patient à domicile, l'échange d'information entre fournisseurs de soins de santé et patients à domicile, la télésurveillance de patients recevant des traitements cardiaques, d'oncologie ou d'hémodialyse ou de personnes âgées ayant besoin d'aide à domicile.

Selon le Bureau de la santé et l'inforoute (Santé Canada), les télésoins à domicile n'en sont encore qu'à leurs débuts au Canada. Dans le cadre de plusieurs programmes, on utilise actuellement diverses applications telles qu'une ligne d'information téléphonique dotée d'un logiciel de diagnostic à haut rendement, ou un appareil de surveillance à distance pouvant transmettre des données sur les signes vitaux par voie téléphonique. Les programmes qui existent dans ce domaine au Canada servent surtout à faire un suivi et une consultation à distance après une visite à l'hôpital, ou encore à remplacer une visite. D'importants organismes de soins à domicile utilisent les technologies de l'information et des communications pour permettre la transmission de données administratives ou de gestion de cas par le personnel qualifié d'un point de service à des bases de données centrales ou des réseaux communautaires d'information sur la santé<sup>118</sup>.

De nombreux témoins ont souligné la nécessité d'élaborer une stratégie nationale de soins à domicile qui accordera une place importante aux télésoins. Une fois élaborée une vision claire, il faudra mettre sur pied des activités de télésoins à domicile de portée nationale. Selon certains, le succès d'une telle initiative ne sera assuré que si le gouvernement fédéral y joue un rôle prépondérant et si toutes les parties intéressées se regroupent pour agir immédiatement. Le Comité formulera ses recommandations finales sur les télésoins à domicile dans son rapport thématique sur les soins à domicile.

#### **4.7 Investir dans un réseau d'information sur la santé accessible par internet**

Un réseau d'information sur la santé accessible par Internet est un système qui permet aux personnes de prendre des décisions éclairées sur leur santé, leur bien-être, les soins

<sup>116</sup> Bureau de la santé et l'inforoute, *Les télésoins à domicile : aperçu*, document de discussion, Santé Canada, mai 1998, p. 3.

<sup>117</sup> Volume deux, p. 107.

<sup>118</sup> Consulter le site Web, à l'adresse [http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/tele/hmcare\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/tele/hmcare_f.html).

de santé dont elles ont besoin et les politiques de santé. L'information sur la santé accessible au public par Internet pourrait comprendre par exemple : 1) des renseignements généraux sur la santé (promotion de la santé et prévention des maladies); 2) des renseignements sur les traitements et les médicaments disponibles de même que sur la gestion de la maladie (p. ex., tension artérielle, diabète ou obésité); 3) de l'information sur les questions de santé publique (p. ex., qualité de l'air, de l'eau et des aliments); 4) de l'information sur les effets des déterminants de la santé; 5) les politiques fédérales, provinciales et territoriales sur la santé et les soins de santé, ainsi que celles d'autres pays; 6) des données concernant les effets sur la santé des politiques de santé publiques; 7) des données d'imputabilité (comme des rapports de rendement sur les services de santé et les fournisseurs de soins de santé).

Un rapport publié récemment par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur l'infrastructure de la santé<sup>119</sup> révèle que la contribution du secteur public est plutôt limitée en ce qui a trait à la diffusion d'information sur la santé à la population sous forme électronique. L'effort le plus notable à ce chapitre revient au Réseau canadien de la santé. Le Réseau canadien de la santé est le fruit d'une collaboration entre le gouvernement fédéral et des organismes de santé du pays. Il fournit de l'information aux Canadiens sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Nombreux sont ceux qui le considèrent comme l'un des meilleurs outils du genre au monde. En revanche, le secteur privé – surtout les entreprises américaines – a accédé à ce créneau du marché grâce à des initiatives hautement spécialisées offrant de l'information dynamique et graphique. Il convient toutefois de s'interroger sur le niveau de confiance et d'objectivité que l'on peut accorder aux renseignements que ces initiatives permettent de diffuser, surtout s'ils proviennent d'une société en particulier.

Le rapport du Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé souligne qu'en dépit de ces initiatives publiques et privées, il y a encore une foule de renseignements auxquels le public aimerait pouvoir accéder, notamment ceux qui concernent certains groupes de la population.

Le Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé a recommandé la création, à l'intention du public canadien, d'un portail qui fournirait des renseignements détaillés et fiables pouvant faciliter la prise de décisions liées à la santé. S'inspirant du succès du Réseau canadien de la santé, ce portail devrait être stratégiquement relié aux sites Web provinciaux et territoriaux afin d'assurer l'uniformité des renseignements sur la santé d'un bout à l'autre du Canada<sup>120</sup>. Le portail national devrait aussi permettre un meilleur accès à certains groupes de la population qui ont actuellement très peu accès à une information de qualité en matière de santé (p. ex., les communautés autochtones et les collectivités rurales et éloignées).

Le Comité est d'avis que l'accès à une information sur la santé objective et fiable facilitera considérablement aux Canadiens la prise de décisions liées à la santé et aux soins de santé. Conformément au principe dix-neuf (chapitre deux) de restructuration du système de soins de santé, nous croyons qu'il faut accorder la priorité absolue aux initiatives qui permettent aux personnes de prendre en main leur propre santé et de demeurer en santé. À la lumière de ce

---

<sup>119</sup> Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé, *Plan tactique pour une infrastructure pancanadienne de la santé – Mise à jour de 2001*, Bureau de la santé et l'infrastructure, Santé Canada, novembre 2001.

<sup>120</sup> Les sites Web provinciaux suivants sont de bons exemples : HealthGuide (C.-B.), section « Your Health » du site de la région sanitaire de Calgary et site du CapitalHEALTHLink.

principe et des observations du Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces, les territoires et les parties intéressées, établisse un portail national d'information sur la santé en s'appuyant sur le succès du Réseau canadien de la santé et en réalisant l'intégration des portails provinciaux et territoriaux.**

- En priorité, il faudrait que les investissements dans le portail national visent d'abord les milieux où l'infrastructure technique de base est inadéquate, en particulier les collectivités autochtones, rurales et éloignées. Cela permettrait d'améliorer considérablement l'accès pour tous les Canadiens à de l'information objective sur la santé.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5



Available from:  
PWGSC – Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

Disponible auprès des:  
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>

CA1  
Y026  
- 851



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, November 6, 2003

---

**Issue No. 27  
Volume 2 of 2**

---

SEVENTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(1st Session, 37th Parliament)

Interim Report

The Health of Canadians: The Federal Role  
Volume 5: Principles and Recommendations  
for Reform  
(Chapters 5 to 7, Appendices)

---

Deuxième session de la  
trente-septième législature 2002-2003

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibération du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président :*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 6 novembre 2003

---

**Fascicule n° 27  
Volume 2 de 2**

---

DIX-SEPTIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(1<sup>re</sup> session, 37<sup>e</sup> législature)

Rapport intérimaire

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral  
Volume cinq: Principes et recommandations  
en vue d'une réforme  
(Chapitres 5 à 7, annexes)

---





THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

\* Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente* : L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, C.P.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, C.P.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, C.P.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

\* Membres d'office

(Quorum 4)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

One in a series of reports on  
the state of the health care system in Canada

*The Health of Canadians - The Federal Role*  
*Volume Five:*  
*Principles and Recommendations for Reform - Part I*

*Chair*

The Honourable Michael J. L. Kirby

*Deputy Chair*

The Honourable Marjory LeBreton

APRIL 2002





## CHAPTER FIVE

### NURTURING EXCELLENCE IN CANADIAN HEALTH RESEARCH

---

Health research is about creating and applying new knowledge with respect to health and health care. Health research encompasses a full spectrum of activities that range from biomedical research, to clinical research, to health services research, and to population health research:

- **Biomedical research** pertains to biological organisms, organs, and organ systems. For example, this type of research would use animal or human tissues or cell culture to understand how the body controls the production of blood cells in the bone marrow, how those controls break down in leukemia, and how normal controls might be re-instated by treatment with drugs.
- **Clinical research** relates to studies involving human participants, healthy or ill. An example would include clinical trials on humans to test the toxicity and effectiveness of a possible new treatment for leukemia that has shown promising results in basic biomedical research, and then to compare the new drug with other drugs in terms of their net benefit to patients.
- **Health services research** embraces health care delivery, administration, organization and financing. An example might be research into the mechanisms for handling patients with leukemia, from the means for diagnosis, through their treatment in hospital, on an outpatient basis, or at home, to their long-term follow-up through hospital or community care.
- **Population health research** focuses on the broad factors that influence health status (socio-economic conditions, gender, culture, literacy, etc.). An example might be a study using large databases of personal health information gained from a number of sources to learn whether the incidence of leukemia is associated with environmental or other factors.

Health research is the source of new knowledge about human health, how to maintain optimal health, how to prevent, diagnose and treat disease, and how to manage our health care system. Health research leads to the development of new or improved drug therapy, treatment, medical equipment and devices and new ways of organizing and delivering health care. Health research also contributes to a better understanding of the complex interplay of the social, economic, environmental, biological and genetic determinants that affect our health and our susceptibility to disease.

The Committee was told that health research fosters the creation of knowledge-based employment, which in turn contributes to reversing the brain drain observed in the country. Overall, witnesses stressed that health research improves the personal and economic health of Canadians and enhances our international competitiveness:

*Health research provides enormous economic, social and health care rewards to society. The jobs that are created by these investments are high-quality, well-paying, knowledge-based positions that generate worldwide recognition for Canadians. These investments also support the rejuvenation of academic institutions across the country. They help train new health professionals in the latest technologies and techniques and they provide important support for the health care delivery system in Canada. Most importantly, the results of these activities lead directly to better ways to treat patients, which ensures a healthier and more productive population.*<sup>121</sup>

The Committee also heard that health research could serve as a catalyst to regional economic development and that the health services innovations generated through health research activities could greatly contribute to enhancing the quality and sustainability of Canada's health care system. As health research activity spreads out from the academic health science centres and government and into more community-based settings, we can anticipate that standards of care will improve, as health care providers engaged in health research will be better connected with the most recent information. Overall, health research provides tremendous opportunities for both economic and health care progress.

The Committee believes that Canada must actively engage in health research to capture its share of benefits. The Committee also strongly believes that the federal government has a critical role to play as a facilitator, catalyst, performer, consensus builder and co-ordinator in the overall effort to nurture excellence in health research. This chapter addresses a series of issues, including funding, partnerships and ethics, which we believe deserve close attention if Canada is to achieve the highest standard of excellence in health research.<sup>122</sup>

***The Committee believes that Canada must actively engage in health research to capture its share of benefits.***

## **5.1 Assuming Leadership in Canadian Health Research**

As Table 1 shows, health research in Canada is characterized by a complex network that involves a wide range of disciplines and a multiplicity of performers carrying out their research activities in a variety of locations. In Canada, health research is performed by universities, teaching hospitals, business enterprises, government, and non-profit organizations. This research is financed from a variety of public, private, Canadian and foreign sources.

---

<sup>121</sup> Dr. Barry D. McLennan, Chair of the Coalition for Biomedical and Health Research (CBHR), *The Improving Climate for Health Research in Canada*, Brief to the Committee, 9 May 2001, p. 2.

<sup>122</sup> The Committee wishes to say that sections 5.1 and 5.2 of this chapter were inspired by a speech given by Dr. Kevin Keough, Chief Scientist at Health Canada, at the third annual Amyot Lecture organized by Health Canada. We found his lecture very useful in highlighting some of the challenges and opportunities facing health research.

**TABLE 1**  
**THE CANADIAN HEALTH RESEARCH NETWORK**

DISCIPLINES	LOCATIONS	SOURCES OF FUNDING
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clinical Disciplines</li> <li>▪ Social Sciences and Humanities</li> <li>▪ Epidemiology</li> <li>▪ Life Sciences</li> <li>▪ Cellular and Molecular Biology</li> <li>▪ Chemistry</li> <li>▪ Engineering</li> <li>▪ Computing and Mathematical Sciences</li> <li>▪ Health Services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Academe (Universities, Teaching Hospitals, Research Institutes)</li> <li>▪ Industry</li> <li>▪ Government</li> <li>▪ Physicians' Practices</li> <li>▪ Community Organizations</li> <li>▪ Community Hospitals</li> <li>▪ Others</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governments (Federal, Provincial, Departments, Funding Agencies)</li> <li>▪ Non-Government Organizations and National Voluntary Organizations</li> <li>▪ International Sources</li> <li>▪ Industry</li> <li>▪ Universities</li> <li>▪ Others</li> </ul>

The different stakeholders in health research collaborate with each other in various ways: government-university, university-industry, government-industry. In fact, the Committee was told that science is a continuum and the multiple components of health research cannot exist independently of the others. Each component has an important, albeit changing, research role to play in ensuring maximum health benefits for Canadians.

The federal government has always played an important role in health research as a funder, performer and user of research. The federal government financially supports health research carried out in universities, teaching hospitals and research institutes (extramural research); it performs health research in its own laboratories (intramural or in-house research); and, it utilizes the outcomes of health research carried out elsewhere. Moreover, the federal government has an important role to play in setting national priorities for health research.

The Committee agrees with a 1999 report of the Council of Science and Technology Advisors that health research performed, funded and used by the federal government must be of the highest quality. It must be demonstrated to meet or exceed international standards of excellence in science, technology and ethics.<sup>123</sup>

***The Committee agrees that health research performed, funded and used by the federal government must be of the highest quality. It must be demonstrated to meet or exceed international standards of excellence in science, technology and ethics.***

The Committee was informed that, as the cost, complexity and pace of advancement in health research accelerate, individual organizations no longer have the resources or expertise to work in a vacuum:

<sup>123</sup> Council of Science and Technology Advisors, *Building Excellence in Science and Technology (BEST): The Federal Roles in Performing Science and Technology*, December 1999, p. 5.



*Traditionally, investigators have worked in isolation, pursuing their own research agendas and living grant-to-grant. This scattered, ad hoc approach simply won't work in today's world when the complexity of science requires the pooling of resources.*<sup>124</sup>

At the third annual Amyot Lecture organized by Health Canada, Dr. Kevin Keough, Chief Scientist at Health Canada, stated that it is necessary to adopt an inclusive (or horizontal) approach to health research and to find new ways to partner – that is, to bring together multi-disciplinary teams of scientists from across the whole health research system to combine their intellectual, financial and physical resources in conducting the research required to better understand the complex and highly interconnected world in which we live.<sup>125</sup>

The Committee agrees with Dr. Keough that it is critical to sustain effective partnerships and to distribute the effort of individual partners in a manner that will maximize the output of Canadian health research. In our view, complementary and collaborative approaches to health research are not only feasible and cost-effective, but they also contribute to better research outcomes for all stakeholders. This overarching goal can only be met if the role of the federal government continues to adapt to the changing health research environment. In addition to being a performer, funder and user of health research, the federal government must become more active as a catalyst and a facilitator.

***The Committee agrees that it is critical to sustain effective partnerships and to distribute the effort of individual partners in a manner that will maximize the output of Canadian health research.***

The Committee strongly believes that the federal government should assume leadership in Canadian health research and, therefore, we recommend:

**That the federal government set, on a regular basis, national goals and priorities for health research in collaboration with all stakeholders.**

**That the federal government foster multi-stakeholder collaborations when performing, funding and using health research. This should contribute to capitalizing on the best available resources while minimizing overlap and duplication.**

Dr. Keough stressed that, as a starting point, the federal government should encourage interchange of health research scientists between government, academia and the private sector. A freer flow of scientists would enhance the quality of Canadian health research, improve science and research advice to government, maximize the contribution of Canadian

<sup>124</sup> The Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, *Seizing the Future – Health as an Engine of Economic Growth for Western Canada*, Summary of the Report, August 2001, p. 2.

<sup>125</sup> Dr. Kevin Keough, Amyot Lecture, October 2001.

scientists to the whole health research community, and contribute to the renewal of the science base in all sectors. The Committee shares similar views and, therefore, we recommend:

**That the federal government take a leadership role, through the Canadian Institutes for Health Research and Health Canada, in developing a strategy to encourage interchange of research scientists between government, academia and the private sector, including national voluntary organizations.**

The Committee wishes to acknowledge the important role played by national voluntary organizations in health research. These organizations act as a key bridge at the national level between health research and its application through knowledge transfer of information to researchers, health care providers and the general public. It is the view of the Committee that, given the knowledge and experience these national voluntary organizations bring, as well as the significant proportion of the health research enterprise which they support, they must be included in the multi-stakeholders collaboration in health research.

## **5.2 Engaging the Scientific Revolution**

Witnesses told the Committee that health research in Canada and throughout the world is currently undergoing a scientific revolution. They explained that this revolution in health research is fuelled by the ongoing advances in genomics, engineering and cell biology. Research in these scientific disciplines will have a profound effect on the detection, diagnosis and treatment of various genetically linked diseases. Elucidation of the physiological processes associated with various conditions will require years of efforts to identify the relevant genes and to determine how they interact.

*We are in the midst of a profound global revolution being driven by our rapidly emerging understanding of the molecular basis of life, of human biology and of disease. Like prior revolutions in science, this revolution is being driven by the collision of diverse disciplines and approaches: genetics, molecular biology, the broader bio-sciences, [information technology] and computational methodologies, small molecules and surface chemistry, bioethics, epidemiology, health economics, and the social sciences and humanities. The pace of this health research revolution is still accelerating, driven by significant global investments by governments, industry and philanthropy.*<sup>126</sup>

As the human genome project approaches completion, the next challenge is to understand the function of the 30,000-40,000 genes that humans appear to possess. These genes encode the entire protein set or proteome estimated at 2 million. Thus, the next frontier in biology appears to be proteomics, the cataloging and functional description of all proteins in living organisms, which is far more complex and promising than genomics.

---

<sup>126</sup> Dr. Alan Bernstein, president of the CIHR, *Health Research Revolution – Innovation Will Shape This Century*.



Similarly, advances in biomedical engineering and miniaturization on the molecular scale will push development of more sophisticated devices for diagnosis and therapy – targeted delivery of drugs, biological testing, molecular imaging, and tissue and organ repair. Canada has a real opportunity to become a world leader in this field of “nanotechnology” or “nanomedicine”.

The study and use of stem cells is another good example of the potential impact that health research can have on health and health care. Stem cells have the unique property, whatever their origin, of becoming specialized cells. Currently, both the research community and related stakeholders are very enthusiastic about the potential of stem cells, both from embryonic and adult sources. It is anticipated that research on these cells will lead to treatments for serious diseases such as Parkinson’s, Alzheimer’s, diabetes and spinal cord injuries. It is also widely believed that these cells can ultimately be manipulated to grow into virtually any tissue or organ thus providing much needed organs for transplant.

Recent research has been successful in programming human embryonic stem cells into producing insulin. Normally, this function is performed by specialized pancreatic islet cells. Should this treatment prove to be able to provide a cure for diabetes, which is presently being treated by regular injection of insulin, it will not only improve the quality of life for the individual, but will also ease the economic burden of disease. In a different study, stem cells isolated from the skin of animals were coaxed into becoming neural, muscular and fat cells.

Other areas where the scientific revolution has a definite impact are chemistry and computer science where advances in molecular modelling combined with synthetic chemistry change the way novel drugs are discovered. Bioinformatics and robotics are also areas that will benefit health research.

The scientific revolution in health research is not limited to basic and biomedical research; it is also creating tremendous opportunities for research into health services and population health. More than ever before, research is undertaken in Canada and abroad to find new ways of delivering quality care and to understand the implications of the interaction of the determinants that affect the health of a population.

At the third Amyot Lecture, Dr. Keough stressed that advances in health research, and the need for governments and individuals to accommodate them, will continue to accelerate. This means that governments must be able to both perform and rely on good science, which is based on sound research harnessed for the public good. The government’s effectiveness in integrating progresses from emerging areas such as biotechnology and nanotechnology depends on this principle.

The Committee agrees with Dr. Keough that it is imperative for Canada to take up the challenges wrought by the scientific revolution. We are convinced that countries with a strong health research network are more capable of translating advances and innovations into cost-effective health services, modern and internationally competitive policy and regulatory frameworks, new or adaptive products, and new health promotion activities. An energetic health research environment contributes to improved health, higher quality of life, and an efficient health care system. This in turn engenders public confidence, a vibrant business environment and strong economy.



Along with Dr. Keough, the Committee believes that good science is good economics and that the government has a crucial role in maximizing the gains for Canada and its citizens. Clearly, the costs of doing good science are high; but the costs of not doing it are even higher. These scientific developments are rapidly expanding and there is fierce competition in the field. Along with numerous witnesses, the Committee is convinced that Canada cannot afford to fall behind. The potential pay-off is a fast and economically beneficial transfer of knowledge and its conversion into tangible benefits for the Canadian population.

***The Committee believes that good science is good economics and that the government has a crucial role in maximizing the gains for Canada and its citizens.***

It is the opinion of the Committee that such a formidable challenge can be met only through a concerted effort by government, industry, academia, non-governmental organizations and international organizations. Each of these partners has its own specific role. However, coordination and support should be provided by the federal government, through its agencies and departments, especially CIHR and Health Canada. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, through both Health Canada and the Canadian Institutes of Health Research, coordinate and provide resources to ensure that Canada contributes to and benefits from the scientific revolution to maximize the economic, health and social gains for Canadians.**

### **5.3 Securing a Predictable Environment for Health Research**

The Phase Two report of the Committee showed that the federal government has had a long tradition in financing health research.<sup>127</sup> The most recent estimates by Statistics Canada indicate that the majority (some 79%) of federally funded health research is “extramural” as it takes place in universities and hospitals (68%), private non-profit organizations (6%), and business enterprises (4%).<sup>128</sup>

The principal federal funding body for health research is the Canadian Institutes of Health Research or CIHR. In fact, CIHR is the only federal entity whose budget is entirely devoted to health research. Its creation in 2000 involved a major evolution of the mandate of the Medical Research Council of Canada (MRC) and incorporation of the National Health Research and Development Program (NHRDP), formerly Health Canada’s main financing instrument for extramural health research. Despite the creation of CIHR, Health Canada is still involved in the financing of some extramural health research in a wide range of fields (children’s health, women’s health, Aboriginal health, etc.).

<sup>127</sup> Volume Two, pp. 93-104.

<sup>128</sup> Statistics Canada, *Estimates of Total Expenditures on Research and Development in the Health Field in Canada, 1988 to 2000*, Catalogue No. 88F0006XIE01006, April 2001.

There are, also, a number of federal research-oriented bodies whose funding focuses entirely on health-related research. These include namely the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) and the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Many feel that for a country of the size of Canada, there are too many federal funding organizations.

In addition, there are several secondary sources of extramural federal health research funding. More precisely, the federal government is responsible for a number of research councils, agencies and programs that devote (to various extents) a portion of their budget for health-related research. These include the Natural Sciences and Engineering Research Council (NSERC), the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC), the Canada Foundation for Innovation (CFI), the Canada Research Chairs (CRCs), and the Networks of Centres of Excellence.<sup>129</sup> The federal government has also funded Genome Canada, a not-for-profit corporation dedicated to develop and implement a national strategy in genomic research.

The remainder of the federally funded health research (some 21%) is “intramural” or “in-house” research, that is research conducted in federal government facilities. Federal facilities in which health-related research is performed include Health Canada, Statistics Canada, the National Research Council, Human Resources Development Canada, Agriculture Canada, Environment Canada (in partnership with Health Canada) and the Canadian Food Inspection Agency.

### **5.3.1 Federal Funding for Health Research**

The federal government has, on many occasions, demonstrated its commitment to health research. The Committee applauds the high priority for research given in the 2001 Speech from the Throne and particularly its announcement to increase funding for health research:

*Our government's overriding goal is nothing less than branding Canada as the most innovative country in the world – as the place to be for knowledge creation; where our best and brightest can make their discoveries; where the global research stars of today and tomorrow are born; becoming the magnet for new investments and new ventures.*

*(...) The Government of Canada will (...) provide a further major increase in funding to the Canadian Institutes of Health Research, to enhance their research into disease prevention and treatment, the determinants of health, and the effectiveness of the health care system.*<sup>130</sup>

---

<sup>129</sup> The NCEs are supported and overseen by the three Canadian granting agencies (CIHR, NSERC and SSHRC). It is worth noting that eight networks, of the currently funded 22 NCEs, conduct health research in the fields of: arthritis, bacterial diseases, vaccines and immunotherapeutics for cancer and viral diseases, stroke, health evidence application, genetic diseases, stem cells and protein engineering. Some of the other NCEs may have impact on health and health care (e.g. Institute for Robotics and Intelligent Systems or Canadian Water Network).

<sup>130</sup> Government of Canada, *Speech from the Throne*, First Session of the 37<sup>th</sup> Parliament, 30 January 2001.



The Committee also recognizes the creation of CIHR as a major achievement in health research. We laud the increased funding for CIHR announced in the December 2001 Budget Speech, despite the severe financial pressures the federal government faces. In addition, the creation of, and funding for, the Canada Foundation for Innovation in 1997, followed by the Millennium Scholarships, the Canada Research Chairs, and Genome Canada, are clear indications that health research and innovation are integral to public health-related policy in Canada.

Throughout the hearings, the Committee was told that while the increase in federal funding represents significant support for health research, Canada still does not compare favourably with other industrialized countries in this regard. In fact, the role of national government in financing health research, expressed in purchasing power parity (PPP) per capita, is much higher in the United States, the United Kingdom, France and Australia than in Canada. For example, as stated in the Committee's Phase Two report, the American government provided in 1998 four times more funding per capita to health research than did the Canadian government.<sup>131</sup>

***Throughout the hearings, the Committee was told that while the increase in federal funding represents significant support for health research, Canada still does not compare favourably with other industrialized countries in this regard.***

Witnesses unanimously recommended that the federal government's share of total spending on extramural health research be increased to 1% of total health care spending in Canada, from its current level of approximately 0.5%. This could involve increasing CIHR's current budget to \$1 billion from the current level of \$560 million. Additional resources should also be devoted to federally performed health research (discussed in the following section). Overall, increased investment in extramural and in-house health research would bring the level of the federal contribution to health research more in line with that of national governments in other OECD countries. More importantly, this would help maintain a vibrant, innovative and leading edge health research industry.

Another concern brought to the attention of the Committee related to the long-term nature of research in contrast to existing budgetary program planning. High quality research is very competitive internationally and requires long-term commitments. Young researchers, on whom Canada's future in research depends, commit their careers on the basis of their perceptions of the long-term environment for research. Canada will not attract or keep excellent people without providing an excellent environment for research. Research pays little attention to national borders. The world recognizes excellence, and competes vigorously for it.

***The Committee strongly supports the view that health research money is money to support the best and brightest minds(...). Ultimately, Canada's challenge in health research is a challenge to attract and retain outstanding people.***

---

<sup>131</sup> Volume Two, p. 97.



The Committee strongly supports the view that health research money is money to support the best and the brightest minds. At least two-thirds of funds for health research go to salaries and training stipends for highly qualified and motivated researchers, research assistants, technicians, research trainees, etc. Ultimately, Canada's challenge in health research is a challenge to attract and retain outstanding people.

The role of the federal government is central to this competition for excellent researchers. In particular, CIHR is the long-term source of research funds for the health research activities stimulated by the Research Chairs, the Canadian Foundation for Innovation, and Genome Canada, all of which are adding greatly to Canada's capacity for excellence in research. CIHR is also an essential partner for research stimulated by the many health research charities.

Overall, the Committee believes that the federal government must establish and maintain long-term stability in the Canadian health research environment. Providing an adequate and predictable level of funding is a necessary prerequisite. Health research is a long-term investment; many research projects span a researcher's whole career, and grants are usually awarded for three- to five-year terms, which are simply not consistent with the one-year-at-a-time budget allocation to CIHR. Therefore, the Committee recommends

**That the federal government:**

- **Increase, within a reasonable timeframe, its financial contribution to extra-mural health research to achieve the level of 1% of total Canadian health care spending.**
- **Set and adhere to clear long-term plans for funding health research, particularly through the Canadian Institutes of Health Research. More precisely, the federal government should commit to a five-year planning horizon for the CIHR budget.**
- **Provide predictable and appropriate investment for in-house health research.**

### **5.3.2 Federal In-House Health Research**

A report by the Council of Science and Technology Advisors identified a clear need for the federal government to perform in-house research. This report stressed that the federal government must have the an adequate research capacity to deliver the following key roles:

- Support for decision making, policy development and regulations.
- Development and management of standards.

- Support for public health, safety, environment and/or defence needs.
- Enabling economic and social development.<sup>132</sup>

In other words, the ability of the federal government to set policy and enforce regulations requires it to have an appropriate in-house research capacity. In addition, the government needs to have access to the highest possible quality scientific and technological information in a time frame that meets its needs. Failure to use the best available data and analysis could expose the government to liabilities for damages caused by those decisions.

The major key player in federal intramural health research is Health Canada, for which this function is critical to the fulfillment of its mandate. The department is mandated to help the people of Canada maintain and improve their health and to ensure their safety. Thus, in addition to access to top-quality scientific and technological information, Health Canada must obtain advice to set policy and enforce regulations. The required in-house research capacity includes expertise in:

- the state and spread of disease;
- ensuring the safety of food, water and health products, including pharmaceuticals;
- air quality issues; and,
- fulfilling health promotion obligations.

To undertake these responsibilities, Health Canada's researchers must possess independent knowledge and skills over a wide range of scientific disciplines, ranging from the behavioural sciences to cellular and molecular biology. In addition, Health Canada must have an adequate in-house capacity to assimilate, interpret and extrapolate the knowledge obtained from other health research partners. Finally, the department must be able to draw widely on expertise and facilities that are not available in-house.

Overall, the Committee learned that Health Canada has a unique role. In order to meet its mandate, the department must be able to provide the best possible independent science advice related to its legislated responsibilities, to undertake a wide range of scientific activities related to its role as regulator and policy advisor, and to provide evidence-based health services and programs. This unique obligation requires Health Canada to have the necessary science and research capacity to fulfill these three functions.

The Committee feels it is important to acknowledge that Health Canada has taken an important step in ensuring, through the appointment in 2001 of a Chief Scientist, that it possess the ability to meet its mandate. The Chief Scientist and his office play a pivotal role in bringing leadership and coherence to Health Canada's scientific responsibilities and activities by championing the principles of alignment, linkages and excellence espoused by the Council of Science and Technology Advisors.

---

<sup>132</sup> Council of Science and Technology Advisors (CSTA), *Building Excellence in Science and Technology (BEST): The Federal Role in Performing Science and Technology*, 16 December 1999, p. 12. The CSTA consists of a group of external experts providing the federal government with on science and technology issues.

The Committee strongly believes that there is a clear need for the federal government to perform health research and that it must have the capacity to deliver its mandate. The Committee also acknowledges the importance for Health Canada of partnering with stakeholders outside of government when necessary. Therefore, the Committee recommends

***The Committee strongly believes that there is a clear need for the federal government to perform health research and that it must have the capacity to deliver its mandate.***

#### **That Health Canada:**

- **Be provided with the financial and human resources in health research that are required to fulfill its mandate and obligations.**
- **Engage actively in the establishment of linkages and partnerships with other health research stakeholders.**

### **5.4 Enhancing Quality in Health Services and in Health Care Delivery**

As indicated in Chapter One of this report, the Canadian health care delivery system is facing a very serious situation, marked by rising costs, a high degree of dissatisfaction and high expectations. While many recommendations for change to the publicly funded health care system have been made over the years, most of them have not been based on scientific evidence, but rather have been grounded on anecdotal evidence or political posturing. For these reasons, research on all aspects of Canada's publicly funded health care system is, at the present time, very critical for health care policy makers and managers.

Areas in need of more research are varied and include:

- health promotion policies
- disease and disability prevention strategies (at both the individual and population levels)
- determinants of health
- approaches to primary care management
- new modes of remuneration for health care providers and institutions
- decision-making by health care providers and users
- organizational care delivery models
- health care policy management
- health care resources allocation



- impact of selected areas of privatized health care
- pharmaco-economics, and
- assessment and utilization of health care technology and equipment.

Clinical research and the involvement of health care providers themselves in health research are key elements in ensuring that fundamental research is translated into better health and health care. Clinical trials and large-cohort population health research studies are under-supported in Canada, in part due to the large, long-term financial commitment that is required before such studies can be launched. Urgent investment in training and subsequent career support is needed for clinician investigators in Canada. Harassed by ever increasing demands for clinical service, they find it increasingly difficult to remain competitive in competitions for grants and awards.

In Canada, a wide range of organizations are involved in health services research. It is the view of the Committee that, at this critical time for our health care delivery system, it is essential that this type of research be well funded and that these research centres and their investigators take part in the present debate about the future structure of the Canadian hospital and doctor system and about how the growing gaps in health care coverage can be closed.

Moreover, many studies have shown that there is a major gap between new knowledge and its application in every day medicine. For example, only 46% of elderly patients were given pneumococcal vaccine, though it is the group most at risk for suffering from such infections. Aspirin, although recommended for all adult diabetic patients, was prescribed in only 20% of cases, and counselling on HIV transmission was given to less than 3% of adolescents during physician's office visits.<sup>133</sup> In addition, wide variations in practice patterns and outcomes persist across regions as well as across provinces. The Committee believes that the federal government, given its unique role in health research, should commit a significant investment to promoting, in partnership with the provinces and territories, the adoption of research findings in clinical practice. This must be done while continuing to support new research on priority health issues and the development of new tools, so that in the future this knowledge and the new tools can be translated into and implemented to produce improved health and enhanced health care.

***The Committee believes that the federal government, given its unique role in health research, should commit a significant investment in promoting, in partnership with the provinces and territories, the adoption of research findings in clinical practice.***

Overall, the Committee acknowledges that more health research should be undertaken in order to enhance quality in health services and in health care delivery. Therefore, we recommend:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research, Health Canada and the Canadian Health Services Research Foundation, devote additional funding to health services research and clinical**

<sup>133</sup> JAMA, vol. 286, p. 1834 (2001).

research and that it collaborate with the provinces and territories to ensure that the outcomes of such research are broadly diffused to health care providers, managers and policy-makers.

## 5.5 Improving the Health Status of Vulnerable Populations

There are many groups in Canadian society that have, for numerous reasons, less immediate access to health services appropriate to their specific needs. Examples include individuals with mental health problems, individuals with addiction problems, people with physical disabilities, some ethnic minorities, women in difficult circumstances, people living in rural and remote communities, the homeless and the poor. The Committee acknowledges that there is an urgent need in Canada to support cross-disciplinary health research that will provide new evidence on the diverse factors that influence health status, and on approaches to improving access to needed health care for vulnerable groups. CIHR has recently set up a strategic plan through three of its Institutes to study this crucial problem, but more resources are needed. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, provide additional funding to health research aimed at the health of particularly vulnerable segments of Canadian society.**

In Volume Four of its health care study, the Committee stated that the health of Aboriginal Canadians is a national disgrace. There is a disproportionately, and completely unacceptable, large gap in health indicators between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. Aboriginal peoples experience much higher incidence of many health problems, including: significantly higher rates of cancer, diabetes and arthritis; heart disease among men; suicide among young men; HIV/AIDS; and morbidity and mortality related to injuries. Infant mortality rates are twice to three times the national average, with high rates of foetal alcohol syndrome and foetal alcohol effects (FAS/FAE), and poor nutrition. Approximately 12% of Aboriginal children have asthma, in comparison with 5% of all Canadian children. This last trend is attributable, at least in part, to environmental health issues, such as the presence of moulds in houses.<sup>134</sup>

The Committee believes that research is perhaps the most important element that will help improve the health status of Aboriginal Canadians. In our view, the creation of CIHR's Institute of Aboriginal Peoples' Health is an important step in this direction. Health Canada, which delivers numerous programs and services to

***The Committee believes that research is perhaps the most important element that will help improve the health status of Aboriginal Canadians.***

<sup>134</sup> Volume Four, pp. 129-135.

First Nations and Inuit communities, needs to strengthen its research capacity as well as its capacity to translate health research into effective public policy. In particular, Health Canada requires a strong research capacity to:

- compile and analyze available population-based information to identify trends, emerging issues, and differences across geographic regions or communities;
- review programs and services to identify the most effective practices in First Nations and Inuit communities and to assess timely progress in addressing key health issues; and
- maintain and augment the capacity to analyze research both nationally and internationally, and integrate best practice into policy and program development, implementation and evaluation.

Therefore, the Committee recommends as a matter of urgency:

**That the federal government provide additional funding to CIHR in order to increase participation of Canadian health researchers, including Aboriginal peoples themselves, in research that will improve the health of Aboriginal Canadians.**

**That Health Canada be provided with additional resources to expand its research capacity and to strengthen its research translation capacity in the field of Aboriginal health.**

Research into the field of health in developing countries is also of concern. The Committee learned that very little research activity is directed towards health problems that affect developing countries. In fact, data suggest that less than 10% of health research is devoted to diseases or conditions that account for 90% of the global disease burden.

The primary causes of morbidity and mortality in developing countries can be grouped under four general areas: malnutrition, poor sexual and reproductive health, communicable diseases, and non-communicable diseases including injuries. A recent report by the World Health Organization shows that long-term economic growth is impossible where large numbers of people are malnourished, sick or dying.

It is the view of the Committee that, given its expertise and excellence in health research, Canada should assume a leadership role in this area. The federal government has taken a step in the right direction. In a first-ever collaborative effort, four Canadian government organizations have joined their forces to formalize a shared commitment to address the problems of global health through research. The Canadian International Development Agency (CIDA), CIHR, the International Development Research Centre (IDRC) and Health Canada have formed the Global Health Research Initiative. Not only will this joint undertaking allow



the four partners to operate their programs and research more effectively, it will also contribute to a great humanitarian cause – the health protection of citizens of all countries, including Canadians. This is the beginning; much more needs to be done. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government provide increased resources to the Global Health Research Initiative.**

## **5.6 Commercializing the Outcomes of Health Research**

One outcome of health research is the creation of new knowledge. New knowledge is in itself of great value to society but the overall impact of health research is maximized when new knowledge is translated into social and economic benefits. Commercialization of health research outcomes represents one way to achieve this knowledge translation.

***New knowledge is in itself of great value to society but the overall impact of health research is maximized when new knowledge is translated into social and economic benefits. Commercialization of health research outcomes represents one way to achieve this knowledge translation.***

Commercialization of health research can happen at many different stages of research and each stage faces different challenges. For example, one of the main challenges facing commercialization of academic health research (occurring in universities and hospitals) is that their early stage of development makes the investment of capital by private sector very risky, thus speculative. By contrast, once a product is marketable, such as the late stage clinical trials (mainly performed by large research-based pharmaceutical firms), the main challenges relate to intellectual property and the patent regime, as well as to approval and monitoring of drugs. Commercialization of health research outcomes brings numerous benefits including:

- improved health, resulting in a more productive workforce;
- enhanced health services quality;
- increased efficiency in health care system delivery;
- expanded research funding leveraged from commercialization and research partnerships;
- enhanced job creation with newly formed companies;
- and greater economic activity from the manufacturing, marketing and sales of new health care products and services.

In its brief to the Committee, the Council for Health Research in Canada indicated that spin-off biotechnology companies formed by CIHR-funded scientists are an important by-product of public investment in health research:

*For instance, 23 companies have been formed at the University of British Columbia employing 732 people. At McGill, 18 companies have been formed employing 392 people. At the University of Ottawa, 10 companies have been formed employing 459 people. Such companies cannot flourish without public investments to fund a steady discovery pipeline.*<sup>135</sup>

Visudyne is one example of Canadian health research that has produced some powerful advances in health care. The drug, which is approved for use in over 30 countries, is the only approved treatment for age-related macular degeneration, the leading cause of age-related blindness. This treatment was developed at the University of British Columbia (UBC) and was funded, in part, by the federal government. UBC assisted in the start-up of QLT Inc. to commercialize this product that has head offices in Vancouver, employs over 350 people and has a market capitalization of \$1.5US billion.

Another example is 3TC, the only inhibitor of HIV reverse transcriptase with few or no side effects and a common component of treatment for HIV/AIDS, which also arose out of federally funded research performed in Montreal. BioChem Pharma Inc., prior to its acquisition by Shire Pharmaceuticals plc. (based in the United Kingdom), had head offices in Montreal, employed 278 people, and had a market capitalization of \$3.7US billion.

These examples illustrate the potential of health research to treat disease, create employment and generate economic benefits for Canada. While many academic technologies are licensed to foreign companies, it is reasonable to expect that value should be created and retained in Canada wherever possible and appropriate when the federal government has made investments in health research.

As stated in Section 5.2, “good science is good economics”. However, during his testimony, Dr. Henry Friesen, Team Leader of the Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, told the Committee that the conditions are not presently in place to enable publicly funded health research to maximize the returns to Canadian taxpayers.<sup>136</sup> In the opinion of this Task Force, the capacity for research commercialization is sub-optimal and clearly unacceptable.<sup>137</sup>

Similar findings were presented in a 1999 report published by the Advisory Council on Science and Technology (ACST) and prepared by its Expert Panel on the Commercialization of University Research.<sup>138</sup> The Expert Panel made the case that research results from federal funding of university research, where there is commercialization potential, should be managed as an asset that can return benefits to the Canadian economy and Canadian taxpayers. The Expert Panel also showed that the United States has a much better track record in commercialization of university-based research than Canada, despite a growing private sector involvement in funding research at Canadian universities.

---

<sup>135</sup> Council for Health Research in Canada, *Health Research: The Engine of Innovation*, Brief to the Committee, 30 December 2001, p. 2.

<sup>136</sup> See Committee Proceedings, Issue No. 30.

<sup>137</sup> Western Canadian Task Force on Health Research and Development, *Shaping the Future of Health Research and Economic Development in Western Canada*, August 2001, pp. 19-20.

<sup>138</sup> Expert Panel on the Commercialization of University Research, *Public Investments in University Research: Reaping the Benefits*, Advisory Council on Science and Technology, 4 May 1999.



Most major research institutions (universities and research hospitals) in Canada have in-house technology commercialization offices that are funded by university sources and, in cases of successful offices, by revenue derived from operation. Currently, the expenses associated with commercialization activities are not covered by direct federal research funding. The Committee learned that the vast majority of these technology commercialization offices have costs that exceed their revenue. They are operated as a cost centre and not as a profit centre for the institution. However, while their function is not critical to the research enterprise (creation of new knowledge), an argument could be made to include costs of operating these offices in the calculation of indirect research costs since technology commercialization is a research-related activity.

The question of funding indirect costs in Canadian research by the federal granting agencies has been one of contention in recent years. It has been recognized as one element to explain the lower level of competitiveness of Canadian researchers. Indirect costs are those expenses associated with administration, maintenance, commercialization and the salary of the principal investigator that is attributable to the research project. The ACST in its 1999 report<sup>139</sup> and subsequent publications has made the recommendation that the federal government increase its investment by supporting the indirect costs of sponsored research. Similarly, the brief of the Council for Health Research in Canada stressed:

*[The] indirect costs of research must be funded in order to provide a cutting-edge research environment that will fully realize the benefits of the government's Innovation Agenda. (...) The Council believes it should be a priority for the government to develop a specific, long-term plan to address this issue as soon as possible.*<sup>140</sup>

The Committee acknowledges that, in its December 2001 Budget, the federal government provided a one-time investment of \$200 million through the granting councils to help alleviate the financial pressures that are associated with the rising indirect costs of research activities, including commercialization. We both hope that universities and research hospitals will use some of these funds to improve their commercialization abilities, and that the federal government will make this investment permanently recurrent.

The Committee agrees with witnesses and recent reports that there is a need to find ways to maximize the returns to Canadians from the commercialization of federally funded health research. We believe that the federal government should establish the necessary conditions to enable researchers and those technology commercialization offices providing

***The Committee agrees with witnesses and recent reports that there is a need to find ways to maximize the returns to Canadians from the commercialization of federally funded health research. We believe that the federal government should establish the necessary conditions to enable researchers and those technology commercialization offices providing support and services to researchers to perform to their full potential in commercializing the results of federally funded health research.***

<sup>139</sup> *Ibid.*

<sup>140</sup> Council for Health Research in Canada, Brief to the Committee, p. 5.



support and services to researchers to perform to their full potential in commercializing the results of federally funded health research.

Further, the Committee believes that CIHR, Canada's premier vehicle for funding health research with a legislated mandate to translate knowledge into improved health, is uniquely positioned to assess the recommendations made by the Western Canadian Task Force, the ACST's Expert Panel and other studies on technology commercialization as they apply to health research. We believe that CIHR should use these reports as the basis for developing and delivering on an innovation strategy that considers programs, policies and people. In our view, such a strategy would see CIHR support and strengthen the capacity of academic technology commercialization offices to maximize the transfer of technologies to market, thereby creating of Canadian companies and jobs and enhancing Canada's innovation capacity. In addition, we believe that this innovation strategy must be developed within a framework that includes governing principles of public good and benefit to Canada so that any strategy to maximize the social and economic impact does not threaten academic freedom or influence the direction of research or the delivery of health care. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government require an explicit commitment from all recipients of federally funded health research that they will obtain the greatest possible benefit to Canada, whenever the results of their federally funded research are used for commercial gain.**

**That the Canadian Institutes of Health Research, while not ignoring the social value of health research that does not result in commercial gain, seek to facilitate appropriate economic returns within Canada from the investments it makes in Canadian health research, whenever the results of investments in Canadian health research are used for commercial gain. In doing so, CIHR should develop an innovation strategy aimed at accelerating and facilitating the commercialization of health research outcomes.**

**That the federal government invest additional resources to enhance the output of Canadian health researchers and strengthen the commercialization capacity of performers of federally funded health research through CIHR's innovation strategy. This new funding would be additional to the current health research investment. In particular, the funding of the indirect costs of research by the Canadian granting agencies should be made permanent. Health research performers should be made accountable for the use of these commercialization funds.**

One aspect of the commercialization of health research outcomes that generated controversy recently is the issuance of patents for higher life forms. This subject goes deeply into ethical, intellectual property, and economical issues. Although these questions are highly relevant to Canadian health research and the work of this Committee, they are debated elsewhere. Indeed, the Canadian Biotechnology Advisory Committee (CBAC) has been mandated by the federal government to provide advice on this crucial issue. The CBAC published an interim report on the subject at the end of 2001 where it recommended that human beings at all stages of development, are not patentable.<sup>141</sup> Further, the report recommended that a systematic research program be undertaken to assess the impact of biotechnology patents on various aspects of health services. It is clearly an issue that deserves serious consideration, but is beyond the scope of this report.

## 5.7 Applying the Highest Standards of Ethics to Health Research

The preceding sections have demonstrated Canada's growing excellence in, and high priority for, health research. However, history has shown that the pursuit of new knowledge in health research can lead, for example, to abuse of the people who are involved as the subjects of research, to invasions of privacy, and to abuse of animals. In various ways, numerous reports have emphasized that new knowledge must not be gained at the expense of abuse of humans and other life forms, and that excellence in health research requires excellence in ethics.

But what is ethics? Laura Shanner, Professor at the University of Alberta, told the Committee that "ethics" is a "systematic, reasoned attempt to understand and make the best possible decisions about matters of fundamental human importance."<sup>142</sup> When we refer to ethical issues informed by biological knowledge in medicine, we refer to "bioethics". Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics at Dalhousie University (Nova Scotia), defined bioethics as follows:

*Bioethics is a particular understanding of ethics that brings the discipline of philosophy to assist in making value-laden decisions. It is about the right and the good. It is a practical discipline. Bioethics is ethics in the realm of the biosphere, human biology. It is actually broader than human health, but most people use it in that context.*

*It asks how, in a pluralistic society, do you lay out the values, the issues and the interests at stake when making a decision about the right and the good, generally about an individual patient situation. Then, how do you assist the relevant parties in establishing*

---

<sup>141</sup> Canadian Biotechnology Advisory Committee, *Biotechnology and intellectual property: patenting of higher life forms and related issues*, Interim report to the Government of Canada Biotechnology Ministerial Coordinating Committee, Ottawa, November 2001.

<sup>142</sup> Laura Shanner, *Ethical Theories in Bioethics and Health Law*, University of Alberta, Brief to the Committee, 2000, p. 1.



*some kind of priority, so that if there are competing goods or competing harms, you make your choices in a responsible way.*<sup>143</sup>

In many fields, difficult decisions often involve consideration of numerous factors, each implicating different – and often conflicting – values, principles, viewpoints, beliefs, expectations, fears, hopes, etc. When facing such difficult decisions, people may reach different conclusions not only because they consider different factors, but also because they weigh them against each other in different ways. The practical effect of the discipline of ethics is to help those who face complex decisions to identify the inherent values and principles, to weigh them against each other, and to come to the best possible decision. Though based on strong theoretical foundations, ethics in health care and health research deals with real life situations.

Because research seeks constantly to expand the forefront of knowledge, it poses the most challenging questions of ethics. The purpose of this section is to survey some of the major areas of research ethics in terms of the policies and mechanisms now present and/or needed in Canada, to ensure that health research is carried out in a manner that meets the ethical standards of Canadians.

### **5.7.1 Research Involving Human Subjects**

Health research must involve humans as research subjects. While research with other life forms can provide much essential knowledge, in the end only research directly on human beings can tell us, for example, whether a potential new approach to prevention, diagnosis or treatment of disease is safe enough to use in humans, whether it actually helps patients, what its side effects are, and whether it is better than a treatment that is already available.

Research subjects, often patients with diseases whose treatment is under study, bear the risks of the research so that others may gain from the knowledge that research is intended to provide. Research involving humans poses many risks: abuse of people, misuse, exploitation, breaches of privacy, confidentiality, etc.

***Research subjects, often patients with diseases whose treatment is under study, bear the risks of the research so that others may gain from the knowledge that research is intended to provide.***

Because health research raises such a wide range of issues, an international consensus has developed over the last 50 years or so. This international consensus, which started with the Nuremberg Code (1947) and the Declaration of Helsinki (1964, revised in 2000), requires that the ethical aspects of any research project involving humans be reviewed and approved, with modifications if needed, by an appropriately constituted ethics committee (in Canada called “Research Ethics Board” or REB) before the research project is started.

The Research Ethics Board “is a societal mechanism to ensure the protection of research participants.”<sup>144</sup> REBs are multidisciplinary local institution-based boards, independent of the investigator and research sponsor, established to review the ethical standards of research

<sup>143</sup> Dr. Nuala Kenny (42:59-60).

<sup>144</sup> National Council on Ethics in Human Research, *Protecting Human Research Subjects: Case-Based Learning for Canadian Research Ethics Boards and Researchers*, Ottawa, 2000, p. 7.



projects within their institutions. They have the power to approve, reject, request modifications to, or terminate any proposed or ongoing research involving human subjects. In effect, the REB attests, for each research protocol, that the proposed research, if it is carried out in the manner agreed to by the REB, meets or exceeds standards of ethics that Canadians expect.

The dominant national policy for the ethics of research involving humans, the *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans* (TCPS), was published by CIHR, the SSHRC and NSERC in 1998. The TCPS followed earlier policies (MRC, 1978, 1987, and SSHRC, 1976). The Panel and Secretariat on Research Ethics, launched in November 2001 by the three federal research funding agencies, are responsible for coordinating the evolution and interpretation of the TCPS. The objective is to keep the TCPS up-to-date in response to the rapidly evolving advances in knowledge, research and technology.

The *Tri-Council Policy Statement* has been adopted by academic institutions (where the majority of health research involving humans is carried out) and by some governmental departments and agencies, including the Department of National Defence (DND) and the National Research Council (NRC).

Health Canada is establishing its own Research Ethics Board, which will also use the TCPS, to assess the ethical acceptability of in-house research, research that is contracted to non-Health Canada researchers which requires ethical review and research applications to CIHR or other funding agencies. Health Canada has also adopted the International Conference on Harmonization (ICH) guidelines applying to clinical trials involving the participation of human subjects.<sup>145</sup>

Since the 1970s, in accord with national policies governing ethics in research involving humans, some 300 local REBs in Canada have been established in a variety of settings including universities, government laboratories, community organizations and teaching and community hospitals. In many teaching hospitals, at least 50% of the research protocols reviewed by REBs are clinical trials that are sponsored by industry for purposes of testing new pharmaceutical interventions in human health so as to meet the regulatory licensing requirements of Health Canada and the USA Food and Drug Administration. In addition, some company-based and private for-profit REBs have developed over the last few years to allow REB review of privately sponsored research outside academic institutions, and hence without access to local REBs. In Alberta, all physicians who are not covered by an institutional REB are required to use the REB of the Alberta College of Physicians and Surgeons. Newfoundland is moving towards establishing a single REB for all health research in the province.

In 1989, the National Council on Ethics in Human Research (NCEHR) was created by the MRC with the support of Health Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. NCEHR works to foster high ethical standards for the conduct of research involving humans across the country by offering advice on the implementation of the TCPS, primarily through educational activities and site visits to local REBs. NCEHR is now funded by CIHR, SSHRC, NSERC, Health Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons.

---

<sup>145</sup> Despite the care taken by the three federal granting agencies and Health Canada in the international harmonization of guidelines applying to clinical trials involving human subjects, the Committee would like to be in no doubt that any Canadian participating in clinical trials from outside Canada be protected by ethical standards that are at least as stringent as those applying here.

### 5.7.2 Issues With Respect to Research Involving Human Subjects<sup>146</sup>

The *Tri-Council Policy Statement*, in effect Canada's national statement of policy for ethical conduct in health research involving humans, appears to be consistent with world standards. For the most part, REBs in Canada seem to operate to a high standard, building on more than two decades of experience and the dedication of many people across the country. However, the Committee learned that serious gaps have been identified in a number of reports released in recent years by NCEHR and CIHR, as well as by the Law Commission of Canada.<sup>147</sup> A summary of the main issues or gaps identified in these reports is presented below:

- Although the *Tri-Council Policy Statement* sets very high standards, there is currently no oversight mechanism to ensure compliance with these standards. On the one hand, there is no process of certification, accreditation or regular inspection of the research ethics review procedures performed by REBs. On the other hand, and though more REBs are starting to address this issue, few monitor the conduct of research once a research protocol has been approved. In other words, REBs often have limited knowledge of what happens after they have approved a research protocol.
- Some concerns were raised about real or perceived conflicts of interest by researchers or institutions. Though international consensus suggests that REBs would be established within research institutions, and that the work of REBs requires close collaboration with other institutional responsibilities, REBs must be able to operate free from institutional or researcher pressures.
- Similarly, a lack of public oversight of private REBs that act independently or through Contract Research Organizations hired by drug companies raises concerns about their independence and conflicts of interest.
- There is a basic need for more resources for REBs. As the work becomes increasingly complicated with globalization, technology and commercialization, REBs are struggling to find committee chairs or even members.
- There are currently no standard training requirements for Canadian REB members and researchers in research ethics. However, in the absence of similar Canadian standards, Canadian researchers must meet American

---

<sup>146</sup> The following section does not deal with the ethical boundaries surrounding research into human reproductive health as federal legislation is expected to be tabled soon in the House of Commons. The Committee recognizes that this area is at the cutting edge of applied research and evolves rapidly. In our view, all research involving human reproductive material, human organisms derived from such material, other human cell lines, or part of any of them (including human genes) should be subject to full ethical review by REBs and application of the TCPS and other applicable legislation.

<sup>147</sup> More specifically, see the following four reports: 1) NCEHR (formerly National Council on Bioethics in Human Research or NCBHR), "Protecting and Promoting the Human Research Subject: A Review of the Function of Research Ethics Boards in Canadian Faculties of Medicine", *NCBHR Communiqué*, Volume 6 (1), 1995, pp 3-28; 2) Draft report of the Task Force established by the NCEHR to study models of accreditation for human research protection programs in Canada, September 28, 2001; 3) McDonald, Michael (Principal Investigator), *The Governance of Health Research Involving Human Subjects*, research sponsored by the Law Commission of Canada, Ottawa, May 2000; 4) Draft Report of the Task Force on Continuing Review, CIHR, 2001.



educational standards for American funded health research involving human subjects.

- The current ethics review processes are “producer-driven” rather than “consumer-driven”. In other words, there is a lack of representative participation in governance on the part of research subjects.
- There is an urgent need for empirical research on the effects of health research on human subjects as well as on the effectiveness of the ethics governance procedures.

To sum up, the governance, transparency and accountability of the ethics review processes in Canada need to be improved:

*(...) we were surprised to see how substantial the gaps were between the ideals expressed in policy and the ground arrangements for accountability, effectiveness and the other criteria for good governance.<sup>148</sup>*

The Committee agrees with many reports that the central concern for Canada is the public accountability of the overall processes for assuring the ethics of research involving humans. We recognize the excellent work that has been done across Canada by dedicated people in many environments who have strived to ensure that health research involving human subjects meets the highest standards of ethics, and we are confident that the standards achieved in Canada are as good as any in the world. Indeed, the report released by the Law Commission of Canada stated:

***The Committee agrees with many reports that the central question for Canada is the public accountability of the overall processes for assuring the ethics of research involving humans.***

*We are also very much impressed with the calibre of scholarly, ethics and legal expertise represented on many REBs. And, at a general level, Canadians scholars are prominent internationally in research regarding legal and ethical aspects of human subjects research.<sup>149</sup>*

However, the Committee believes that the present varied structures and approaches to health research ethics are inconsistent with the public accountability that an area of this importance requires. Accordingly, we urge the various leading stakeholders of health research

***We urge the various leading stakeholders of health research involving human subjects to work together to develop a governance system for health research involving human subjects that can meet the following objectives: the promotion of socially beneficial research; the protection of research participants; and the maintenance of trust between the research community and society as a whole.***

<sup>148</sup> Professor Michael MacDonald, Law Commission of Canada.

<sup>149</sup> *Ibid.*, p. 300.



involving human subjects to work together to develop a governance system for health research involving human subjects that can meet the following objectives: the promotion of socially beneficial research; the protection of research participants; and the maintenance of trust between the research community and society as a whole.<sup>150</sup> This initiative should involve Health Canada, CIHR, other federal funding agencies, the Panel and Secretariat on Research Ethics, industrial research sponsors, research institutes, health professional licensing bodies and associations, NCEHR, the newly created Canadian Association of Research Ethics Boards, etc. Therefore, the Committee recommends:

**That Health Canada initiate, in collaboration with stakeholders, the development of a joint governance system for health research involving human subjects for all research that the federal government performs, that it funds, and that it uses in its regulatory activities.**

**That Health Canada, in the development of this ethics governance system, regard the following components as essential to progress:**

- **Work initially on all (health) research that the federal government performs, funds, or uses in its regulatory activities, to develop an effective and efficient system of governance that will become accepted as the standard of care across Canada;**
- **Give prime importance in the governance system to effective education and training mechanisms for all who are involved in research and research ethics, with certification as appropriate to their different responsibilities;**
- **Develop standards, based on the *Tri-Council Policy Statement*, the International Conference on Harmonization guidelines applying to clinical trials involving human subjects, and other relevant Canadian and foreign standards, against which research ethics functions or Research Ethics Boards can be accredited or certified as meeting the levels of function that are consistent with the expectations of Canadians and with those in other countries;**
- **Ensure that the *Tri-Council Policy Statement* is updated and is maintained at the forefront of**

---

<sup>150</sup> These objectives correspond to those that were identified in the McDonald report cited in the previous footnote.

**international policies for the ethics or research involving humans;**

- **Remove inconsistencies between the various policies under which research involving humans is now governed, and make Canadian standards consistent with those of other countries that affect Canadian research;**
- **Establish an accreditation or certification process for research ethics functions that is at arm's length from government, but clearly accountable to government;**
- **Develop the governance system through open, transparent and meaningful consultation with stakeholders.**

### **5.7.3 Animals in Research**

Because animals are biologically very similar to humans, animals are used in research to develop new biological knowledge that has a high chance of applicability to the human condition. However, because animals are not identical to humans, new knowledge that arises from research with animals must be tested in humans before it is applied to human health.

Ethical concerns about the use of animals by humanity, particularly their use in research, have been recognized since the 19<sup>th</sup> century, especially in England. In Canada, these concerns caused MRC and NRC to undertake studies leading in 1968 to the creation of the Canadian Council on Animal Care (CCAC). Currently, CCAC receives 87% of its \$1.2 million budget from CIHR and NSERC to cover CCAC services to the research institutions that they fund. CCAC obtains the rest of its revenues from fees for service charged to governmental and private institutions.

CCAC awards the Certificate of Good Animal Practice<sup>®</sup> to institutions that it determines are in compliance with its standards. Compliance is determined through site visits by assessment panels. CIHR and NSERC make participation in the CCAC program mandatory for all those who wish to receive their research funding and inform institutions that they will withdraw funds from institutions that CCAC states are not in compliance with its standards. The CCAC reports that institutions generally comply with its recommendations.<sup>151</sup>

In its brief to the Committee, the Coalition for Biomedical Health Research stated that CCAC standards are recognized both nationally and internationally:

*(...) research that complies with CCAC guidelines and policies constitutes ethically sound and responsible activity.*

---

<sup>151</sup> Louis-Nicolas Fortin and Thérèse Leroux, "Reflections on Monitoring Ethics Review of Research with Human Subjects in Canada", *NCEHR Communiqué*, Summer 1997.

*(...) CCAC's nationally and internationally accepted standards (...) provide the needed balance between the protection of animals and the benefits that are gained by the use of animals in science.*<sup>152</sup>

The formal structure of the CCAC, along with its monitoring program, is regarded by many, in Canada and abroad, as an optimal model enabling it to work effectively at arm's length from and with government.<sup>153</sup> In addition, recent report suggested that such a model could be considered in the field of research involving human subjects. For example:

*An interesting model in Canada and one, which I think we need to look at seriously with regard to an accreditation process for human research, is the Canadian Council on Animal Care. (...) it now has remarkable credibility with international recognition. (...) It remains a very interesting and almost uniquely Canadian model. It has federal fiscal support and yet, functioning on its own, setting standards and having a very respected accreditation process for animal research.*<sup>154</sup>

The Committee acknowledges that CCAC performs a world class service to Canadians in a cost-effective manner. Though there is no doubt that some Canadians will disagree, mainly those who reject any use of animals in research, the Committee believes that the CCAC offers clear evidence that a very sensitive area that requires minute by minute attention and care can be effectively managed by an approach based on:

***The Committee acknowledges that CCAC performs a world class service to Canadians at a remarkably low cost.***

- Belief, until proven wrong, that institutions and individuals are seeking to work in a manner that reflects the values of Canadians;
- A firm foundation in increasing awareness and training of individuals on issues and standards;
- An assessment approach that is based on internationally recognized standards and that leads to certification of facilities and processes, that involves experts and lay persons, and that operates in a collegial manner until the point when there is evidence of wrongdoing and failure to take the necessary corrective measures.

While not advocating simply copying CCAC's mechanisms into the challenge of governance of research involving humans, the Committee believes that much can be learned from CCAC's experience. The Committee, however, identifies a gap in the interactions between the CCAC and the federal government. Though numerous departments and agencies place themselves under CCAC's assessment program for research involving animals that is carried out in their own facilities, and CIHR and NSERC require compliance with CCAC's standards as a

<sup>152</sup> Coalition for Biomedical and Health Research, Brief to the Committee, p. 8.

<sup>153</sup> Sub-Committee on Ethics, *The Ethics Mandate of the Canadian Institutes of Health Research: Implementing a Transformative Vision*, Working Paper prepared for the Interim Governing Council of the CIHR, 10 November 1999, pp. 18-19.

<sup>154</sup> Dr. Henry Dinsdale, Speech to the National Workshop of the NCEHR, March 2001, p. 5.



condition of receiving research funds, we believe that this is not enough. Therefore, we recommend:

**That all federal departments and agencies require compliance with the standards of the Canadian Council on Animal Care for:**

- **All research that is carried out in federal facilities, and**
- **All research that is funded by federal departments or agencies but performed outside federal facilities, and**
- **All research that is carried out without federal funding or facilities, but that is submitted to or used by the federal government for purposes of exercising its legislated functions.**

#### **5.7.4 Privacy of Personal Health Information**

All personal information is precious to individuals, but information about personal health is probably the most sensitive to most people. Health information goes to a person's most intimate identity, not only because it directly affects the individual him or herself, but also because it can affect family members and others, as well as other aspects of the person's life, such as his/her employment or insurability.

The right to privacy and confidentiality of personal health information is a very important value for Canadians. Now more than ever, Canadians need reassurance that their privacy and confidentiality will be respected in this era of rapidly advancing technology.

However, the quality of their health and health care is also a value that Canadians cherish very dearly. Health care providers, health care managers and health researchers need access to personal health information to improve the health of Canadians, strengthen health services and sustain a high quality health care system. The present challenge for Canadians is to set acceptable limits around the right to privacy, on the one hand, and the need for access to information (by health care providers, managers and researchers) on the other, in order to achieve an appropriate balance between them.

***The right to privacy and confidentiality of personal health information is a very important value for Canadians.***

The *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* or PIPEDA, promulgated in June 2000, has stimulated intensive debate and study of this question in the past two years. The health sector had not recognized the potential effects of this legislation on health research and health care management until the legislative review of the Bill was well advanced through the House of Commons. Representatives from various parts of the health sector therefore intervened strongly in hearings before this Senate Committee in late 1999. Their testimony clearly demonstrated that the health sector was not part of the broad consensus supporting the bill, and also that there was no consensus within the health sector itself as to an

appropriate solution to the issues about privacy of health information which are raised by the bill. As a result, the Committee concluded that there was a significant degree of uncertainty surrounding the application of PIPEDA to personal health information that required clarification. In response to the Committee's recommendation<sup>155</sup>, therefore, the federal government decided to delay the application of PIPEDA to personal health information until January 1, 2002. This delay would allow one extra year from the time of proclamation to motivate government and relevant stakeholders in the health sector to resolve these uncertainties and formulate a solution that is appropriate for the protection of personal health information.

The Committee is pleased that several groups in the health sector have seriously addressed many of the concerns raised by PIPEDA, and in particular, the need to protect personal health information, while at the same time allow restricted use of such information for essential purposes such as health research and health care management (which includes the provision, management, evaluation and quality assurance of health services).

Over the past two years, CIHR has undertaken a wide-range analysis of the privacy issues and initiated a broad consultation process with various stakeholders, culminating in recommendations for the interpretation and application of PIPEDA to health research.<sup>156</sup>

CIHR's recommendations set out precise legal wording in the form of proposed regulations under PIPEDA that, without changing the Act, would facilitate its interpretation and application in the area of health research. These recommendations were presented to the Committee as the most realistic, short-term solution, recognizing that PIPEDA would not likely be amended before January 1, 2002. CIHR emphasizes that its proposed regulations, though significantly limited by the current wording of PIPEDA, could nevertheless provide the necessary guidance to help clarify certain ambiguous terms in a manner that will achieve the objectives of the Act without impeding vitally important research. CIHR is also of the view that regulations, as legally binding instruments, are necessary to enable researchers, and Canadians in general, to understand what the law expects of them and how to govern their conduct accordingly. Furthermore, such regulations could provide the necessary basis on which provinces and territories could develop substantially similar legislation before January 1, 2004, as provided for by PIPEDA.<sup>157</sup>

Finally, CIHR recognizes the need for further work with various stakeholders and the provinces to establish an overall, more coherent, comprehensive and harmonized legal or policy framework for the health sector. Ultimately, whatever law or policy governs this area needs to be interpreted and applied in a flexible and feasible manner, and users need to develop more detailed guidelines for promoting best information practices in their daily work.

The Committee has considered the regulations proposed by CIHR and we commend CIHR for its efforts in this regard. We fully support the intent of the proposed

---

<sup>155</sup> Second report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 36<sup>th</sup> Parliament, 2<sup>nd</sup> Session, 6 December 1999.

<sup>156</sup> CIHR, *Recommendations for the Interpretation and Application of the Personal Information Protection and Electronic Documents Act in the Health Research Context*, 30 November 2001. CIHR's proposed regulations are available on the CIHR Website at [http://www.cihr.ca/about\\_cihr/ethics/recommendations\\_e.pdf](http://www.cihr.ca/about_cihr/ethics/recommendations_e.pdf).

<sup>157</sup> Indeed, the Act gives provinces and territories until January 1, 2004, to develop substantially similar legislation.



regulations. As stated in its Fourteenth Report dated December 14, 2001<sup>158</sup>, the Committee believes that these regulations should be given serious consideration and, therefore, we recommend:

**That regulations such as those proposed by the Canadian Institutes of Health Research receive their fullest and fairest consideration in discussion about providing greater clarity and certainty of the law with the view to ensure that its objectives will be met without preventing important research to continue to better the health of Canadians and improve their health services.**

A second and parallel initiative was undertaken by a Privacy Working Group composed of representatives from the Canadian Dental Association, the Canadian Healthcare Association, the Canadian Medical Association, the Canadian Nurses Association, the Canadian Pharmacists Association, and the Consumers Association of Canada. The Privacy Working Group addressed the need to access personal health information for the purposes of health care management. In a report submitted to Health Canada, the Privacy Working Group enunciated the following principles.<sup>159</sup>

- Confidentiality of information in health care delivery is of great importance to Canadians. Fear of disclosure to others of personal health information is likely to harm the trust that is essential in the relationship between patients and providers, and hence limits the willingness to seek care, or to impart information that is important to patient care.
- While an individual's right to privacy of personal health information is of great importance, it is not absolute. This right is subject to reasonable limits, prescribed by law, to appropriately balance the individual's right to privacy and societal needs, as can be reasonably justified in a free and democratic society.
- Individuals have the right to: privacy of their personal health information; decide whether and under what conditions they want such information collected, used or disclosed; know about and have access to their health records and ensure their accuracy; and have recourse when they suspect a breach of their privacy.
- In parallel, health care providers and organizations have obligations to: treat personal health information as confidential; safeguard privacy and confidentiality using appropriate security methods; use identifiable information only with the individual's consent except when the law requires disclosure or there is compelling evidence for societal good under strict

---

<sup>158</sup> Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Fourteenth Report*, 37<sup>th</sup> Parliament, 1<sup>st</sup> Session, 14 December 2001.

<sup>159</sup> Privacy Working Group, *Privacy Protection and Health Information: Understanding the Implementation Issues*, report submitted to Health Canada, December 2000.



conditions; restrict the collection, use and disclosure of personal health information to de-identified information, unless the need for identifiable information is demonstrated; and, implement policies, procedures and practices to achieve privacy protection.

When the Committee met in December 2001 to examine progress made with respect to the application of PIPEDA to health care, we were informed that, while the members of the Privacy Working Group agreed on many issues, they had not yet achieved a definitive and unified position. The Privacy Working Group was of the view that progress towards achieving consensus would require the active involvement and leadership of the federal government. The federal government, however, has taken the position that the concerns of the Privacy Working Group should be resolved between the members of the group and the Privacy Commissioner.

The Committee believes that further guidance and direction is needed in respect of the provision, management, evaluation and quality assurance of health services. For this purpose, constructive and collective efforts by *all* affected parties must be made to address the relevant issues, and government must lead by example. As stated in its 14<sup>th</sup> Report, the Committee recommends:

**That discussions continue among stakeholders, the Privacy Commissioner, and those federal and provincial government departments involved with the provision, management, evaluation and quality assurance of health services.**

Like other Canadians, the members of the Committee place a very high priority on the protection of personal health information. Though protection of personal health information is understandably of very high importance, we must recognize what else is at risk if access is summarily rejected because of perceived threats to the privacy and confidentiality. Rather than give absolute status to the right to privacy, the

***The Committee believes that Canadians must engage in a careful and thoughtful consideration of the reasons why personal information is needed for health research and health care management purposes, the social benefits that accrue to Canadians individually and collectively as a result, and the conditions that must be met before access is allowed.***

Committee believes that Canadians must engage in a careful and thoughtful consideration of the reasons why personal information is needed for health research and health care management purposes, the social benefits that accrue to Canadians individually and collectively as a result, and the conditions that must be met before access is allowed. Because of its long-standing responsibility in funding health care and financing health research, the federal government should play a major role in promoting greater public awareness and facilitating greater debate in regard to these issues.

CIHR's *Draft Case Studies Involving Secondary Use of Personal Information in Health Research* (December 2001) constitutes an excellent model for encouraging discussion and broader understanding through very concrete examples of real health research projects involving

secondary use of personal information. Parallel efforts by others to develop similar case studies illustrating why and how personal information is used for health care management purposes would also be extremely valuable. In light of the above, the Committee recommends:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, design and implement a program of public awareness to foster in Canadians a broad understanding of:**

- **the nature of, and reasons for, the extensive databases containing personal health information that must be maintained to operate a publicly financed health care system, and**
- **the critical need to make secondary use of such databases for health research and health care management purposes.**

This being said, the Committee believes that if Canadians are to allow restricted access to personal health information for essential functions, such as health research and health care management, it is imperative that their personal health information be adequately protected. We wish to emphasize the importance of ensuring, all the while, that Canadians remain confident that the privacy of their personal health information is being respected. We see here, once again, a major federal role to promote a fulsome discussion of the relevant ethical issues and examination of the control and review mechanisms necessary for ensuring that the secondary use of personal information for health care management and health research purposes is conducted in an open, transparent and accountable manner. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, be responsible for promoting:**

- **thoughtful discussion and consideration of the ethical issues, particularly informed consent issues, involved with the secondary use of personal health information for health care management and health research purposes;**
- **thorough examination of the control and review mechanisms needed for ensuring that databases containing personal health information are effectively created, maintained and safeguarded and**

**that their use for health care management and health research purposes is conducted in an open, transparent and accountable manner.**

### **5.7.5 Genetic Privacy**

The discussion above has addressed issues of privacy of personal health information arising from databases from the existing health care system. The Committee recognizes that new technologies allowing analysis of genes is also introducing new considerations into the management of personal health information. The exploding abilities to link DNA sequences to disease offer the potential both to greatly increase the health care of the individual but also to intrude into the privacy of both the individual and his or her relatives. In addition, these technologies allow the prediction of diseases that have not yet become evident. However, a majority of these predictions represent increased probability of the incidence of the disease, the test being often statistical in nature (e.g., the likelihood is twice that of the general population) rather than absolute (as for Huntington's disease, for example).

The application of the new genetic technologies to human health is as yet in its infancy, but at least some of the potential benefits and harms are becoming evident. The concerns include the fear that access to genetic information on individuals might affect their employability or insurability.

The Committee is pleased that interdepartmental discussions are underway within the federal government on this wide range of issues, and encourages their pursuit to provide guidance and advice on means of addressing these complex issues in the best interests of Canadians.

***The Committee is pleased that interdepartmental discussions are underway within the federal government on this wide range of issues, and encourages their pursuit to provide guidance and advice on means of addressing these complex issues in the best interests of Canadians.***

### **5.7.6 Potential Situations of Conflict of Interest**

Advances in human health often involve participation of researchers in academia, in government and in industry. The boundaries between these are becoming increasingly blurred, and much mutual trust and collaboration is required between them. For example:

- The large majority of published health research in Canada is done by researchers in academic institutions, who obtain funding from government, philanthropic and industrial sources.
- Academic researchers are increasingly entrepreneurial, and are the source of many start-up companies which are providing fast economic growth in the biological revolution.
- Industries obtain many of their ideas for new commercial entities, including new interventions in health, from academic research, and are starting to establish research centres in academe in exchange for right of first refusal on intellectual property.



- Government regulates health interventions, as well as contributing to knowledge through its in-house research. Regulations depend on research carried out by industry, often in academic institutions, which is assessed by governmental scientists, who may call on academic scientists for advice and other assistance.

The potential for conflicts of interest are obvious, as are the concerns that, for example, industrial interests in protecting intellectual property and commercial interests might adversely affect the performance or publication of research carried out in public institutions or with public funds. Media attention has rightly focused on instances when these fears appear to have been realised.

The Committee acknowledges that industrial research is an essential component of health research and health care. In fact, our growing abilities to promote health and to prevent, diagnose or treat disease are very largely due to industry. In addition, despite a number of

***The Committee is of the view that the majority of industry works to high standards of ethics, fully consistent with the expectations of Canadians. Indeed, companies cannot expect to survive in today's world if they flout society's expectations.***

publicized cases with evidence of conflict of interest, the Committee is of the view that the majority of industry works to high standards of ethics, fully consistent with the expectations of Canadians. Indeed, companies cannot expect to survive in today's world if they flout society's expectations.

However, the Committee understands that the growing role of industry in Canada's health research spectrum, particularly in clinical trials, is a cause for concern. This was highlighted in a recent editorial by the International Committee on Medical Journal Editors, which laid out the ground rules for avoiding conflict of interest in publications.<sup>160</sup> In particular, there is a need to find an appropriate balance between clinical research performed in the academic sector, the ability to compare different treatments for the same disease, the focus of research on diseases in which profits are most likely, (e.g., diseases of wealthy as opposed to poor nations), the publication of negative results (e.g., the need for a registry of all clinical trials), and related areas.

The Committee welcomes the work of CIHR in expanding the collaborative health research programs between academic and industrial research through the University-Industry Program and the CIHR/Rx&D<sup>161</sup> Program. We understand that CIHR partnerships with industry need to be encouraged. However, there is a need to consider whether explicit guidelines should be developed; these guidelines could assist in determining the impact of ethically problematic areas in CIHR's relations with industry. We have learned that CIHR has set up a working group to study this issue. Therefore, the Committee recommends:

**That the Canadian Institutes of Health Research, in partnership with industry and other stakeholders, continue**

<sup>160</sup> See *Canadian Medical Association Journal*, 18 September 2001, Vol. 165, pp. 786-788.

<sup>161</sup> Partnership between CIHR and Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies.

**to explore the ethical aspects of the interface between the sectors with a view to ensuring that the collaborations and partnerships function in the best interests of all Canadians.**





### PLANNING FOR HUMAN RESOURCES IN HEALTH CARE

---

In its previous reports, the Committee documented the importance of coming to terms with the many complex human resource issues in the health care sector. It suggested in Volume Four that this is one area where it is legitimate to speak in terms of a crisis. All subsequent evidence, whether from witnesses representing the full range of health care professionals, from recent academic research or from new reports, has merely served to confirm this initial finding. In this chapter, we review this evidence and present the Committee's recommendations, grouped under two main headings: developing a national strategy to deal with the crisis in the area of health human resources, and the reform of the delivery of primary care and its relation to human resource issues.<sup>162</sup>

#### **6.1 Towards a national strategy for attaining self-sufficiency in health human resources**

A survey conducted by CIHI in early 2001 amongst policy-makers, managers and clinical organizations indicated that human resource issues were the dominant theme for the next two to five years.<sup>163</sup> The central manifestation of the difficulties in the area of human resources is the shortage of qualified professionals. Concern over human resource shortages has also spread to the public at large, judging by the results of a recent consultation exercise undertaken by the Government of Ontario. Increasing the number of doctors and nurses in the system was identified as the number one health care priority by thirty-five percent of the more than 400,000 respondents to its household survey, the highest percentage given to any issue.<sup>164</sup>

##### **6.1.1 Shortages of health care professionals**

Dr John Ruedy, of the Capital District Health Authority (CDHA) in Halifax, painted a general picture of shortages affecting all aspects of health care delivery. He told the Committee that,

*CDHA has recently reduced inpatient and surgical services because of a shortage of skilled nursing staff. Within CDHA we currently have 175 vacant nursing positions, with little likelihood that we will be able to fill these positions, despite efforts to recruit new graduates, upgrade licensed practical nurses, and other strategies to increase the supply of nurses. We have recently discontinued our successful liver transplantation*

---

<sup>162</sup> For a more systematic treatment of the facts and figures in the area of health human resources, we refer readers to Volumes Two and Four of the Committee's ongoing study.

<sup>163</sup> Canadian Institute for Health Information (CIHI), *Canada's Health Care Providers*, 2001, p. 99.

<sup>164</sup> The Strategic Counsel, *Executive Summary: A Public Dialogue on Health Care*, January 2002, p. 19.

*program for lack of transplant surgeons. We are also experiencing serious shortages in other disciplines, notably pharmacy, laboratory and radiation therapy.*<sup>165</sup>

The Committee notes that there does not appear to be a single region of the country or a single health care discipline that is exempt from this penury of health care personnel. For example, research conducted for the Mazankowski report, released in January 2002, indicated that Alberta had an immediate need for 333 physician full-time-equivalents and that by 2004-05 an additional 1329 physicians, representing a 29% increase, would be needed.<sup>166</sup> The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador informed the Committee that in their province the “number of graduates does not meet the current demand for RNs”<sup>167</sup> and that “the current number of new graduates is 40% less than in the early 1990s when the number of funded nursing education seats were higher (180 versus an average of 273).”<sup>168</sup>

***The Committee notes that there does not appear to be a single region of the country or a single health care discipline that is exempt from this penury of health care personnel.***

The shortage of nursing personnel is not limited to registered nurses (RNs) but also extends to nursing assistants and practical nurses. Mr. Paul Moist, President of the Canadian Union of Public Employees in Manitoba, pointed out that “we are short 600 certified nursing assistants here in the city of Winnipeg, not to mention elsewhere in the province.”<sup>169</sup> Allied health professionals are also experiencing the same phenomenon. Mr. Ron Elliott, President of the Canadian Pharmacists Association, indicated that:

*Pharmacists, like physicians, nurses and other health care professionals, are facing a shortage. We estimate that we are short 1,500 full-time pharmacists in our country. The problem is particularly acute in hospital and rural settings.*<sup>170</sup>

In her testimony before the Committee, Elisabeth Ballerman, President of The Health Sciences Association of Alberta, noted that there were over 20 disciplines that were experiencing important shortages, ranging from physical and occupational therapists to radiography and medical laboratory technologists to public health inspectors.<sup>171</sup>

Dr Ruedy pointed out that this situation is not confined to Canada, telling the Committee that in Ireland, for example,

<sup>165</sup> Brief to the Committee, Nov. 6, 2001, p. 1.

<sup>166</sup> *A Framework for Reform. Context Papers: Do We Have a Shortage of Health Care Professionals*, Premier's Advisory Council on Health, Dec. 2001, p. 4.

<sup>167</sup> Brief to the Committee, Nov. 5, 2001, p. 5.

<sup>168</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>169</sup> 30:87

<sup>170</sup> 38:62.

<sup>171</sup> 32:62 and brief to the Committee, Oct. 17, 2001, pp. 1-2.

*In one of the hospitals, they were dependent upon 200 Indonesian nurses to provide adequate nursing services. The entire cleaning staff were Latvian who could not speak English. So this is a universal, world-wide problem and it is going to get worse...*<sup>172</sup>

One factor that is expected to contribute to the worsening of the shortage is the aging of the health care workforce. CIHI recently reported that from 1994 to 2000, the average age of Canadians in health occupations rose almost two years from 39.1 to 40.8 years.<sup>173</sup> This trend is consistent for almost all health care providers. For example, the Committee noted in its previous report that the average age of physicians rose from 46.4 to 47.5 between 1996 and 2000, while CIHI has indicated that the average age of practicing nurses in 2000 was 43 years, up from 41 in 1994.<sup>174</sup> The aging of the workforce means that even more new graduates will be needed to replace health care professionals who will be retiring at an accelerating rate.

### **6.1.2 Towards self-sufficiency in health human resources**

The Committee strongly believes that one of the major consequences of the world-wide nature of the health human resource shortage is that it becomes necessary for countries to assess how to become self-sufficient in human resources. In no other industrialized country is this more important than here in Canada. For example, as the Committee noted in its previous reports, there is less opportunity for young Canadians to attend medical school in Canada than in any other industrialized country. According to the Association of Medical Colleges of Canada (ACMC) Canada is now near last in the ratio of physicians to population among OECD countries. This situation owes much to the decrease in medical school enrolments that came about as a result of the implementation of a select number of recommendations from the Barer-Stoddart report published in 1991.

***The Committee strongly believes that one of the major consequences of the world-wide nature of the health human resource shortage is that it becomes necessary for countries to assess how to become self-sufficient in human resources.***

In the past, Canada has relied on International Medical Graduates (IMGs) to fill the gaps. Dr. John A. Cairns, Dean of Medicine, University of British Columbia, told the Committee that it was no longer possible for Canada to rely on past practice. He noted that the majority of IMGs

*...used to come from the U.K., but comparative practice opportunities between the U.K. and Canada are not in favour of Canada any longer. We have people going back to the U.K. We have very great difficulty recruiting people from the U.K. at the present time. We go to South Africa. The morality of that is highly questionable.*<sup>175</sup>

The ACMC has recently amplified this last point:

---

<sup>172</sup> 42:83.

<sup>173</sup> CIHI, op. cit., p. 13.

<sup>174</sup> Ibid., p. 40.

<sup>175</sup> 33:76



*The morality of recruiting physicians from economically disadvantaged countries must be seriously questioned. Canada is a wealthy nation and it is inappropriate to require poorer countries to incur the heavy cost of medical education only to have their graduates aggressively recruited by a wealthy nation unwilling to make its own appropriate investments in medical education.*<sup>176</sup>

The problem of industrialized countries recruiting physicians and other health care professionals from the developing world is of great concern in countries such as South Africa. It was brought to the Committee's attention that the problem is so serious that on at least two occasions in 2001, senior officials, including the South African High Commissioner of South Africa, met with representatives of the Royal College of Physicians and Surgeons to raise their deep concern over the disturbing level of emigration of physicians, surgeons and nurses to other countries, including Canada.

The Committee agrees that it is unacceptable for Canada to poach highly trained graduates from the developing world. It is therefore convinced that, in such a context, the only remaining alternative is to work towards self-sufficiency. This requires being able to define targets for the numbers of the various types of health care provider that are required, something that is far from being an easy task.

***...it is clear to the Committee that recent efforts to increase the number of graduates from Canada's medical schools should be pursued.***

Despite these difficulties, it is clear to the Committee that recent efforts to increase the number of graduates from Canada's medical schools should be pursued. This is all the more important given the many changes taking place in the medical workforce. Many newer graduates are seeking a better balance between home and work life, and are no longer prepared to work the inordinately long hours that were once the norm. This means that more graduates will be needed. Moreover, the Committee also feels that the number of postgraduate training positions should be raised from its current ratio of one place for every graduating student. As the Committee has noted in earlier reports, funding more postgraduate positions will allow the quicker integration of IMGs seeking Canadian credentials, and afford physicians greater flexibility in planning their careers.

A decline in the number of graduates in other disciplines was also noted by various witnesses. The Saskatchewan Registered Nurses' Association pointed out that "in Canada in the early 1990's nursing programs were graduating 10,000 students, today it is closer to 4,000," with Saskatchewan having lost 300 funded seats over the same time period, resulting in waiting lists of qualified Saskatchewan

***It is thus clear to the Committee that the numbers of nursing graduates as well as of allied health professionals need to be sharply increased, and that the federal government must contribute to helping make this happen.***

<sup>176</sup> Association of Canadian Medical Colleges, *Strategic Planning for a Sustainable System of Health Care in Canada*, Oct. 2001, p. 13.

applicants.<sup>177</sup>

The Health Sciences Association of Alberta (HSAA) told the Committee that:

*Enrollment in many programs were cut back through a combination of cuts to health care and advanced education. An example is Medical Laboratory Technology in Alberta, where training schools cut enrollment from 40 students to 20 students.*<sup>178</sup>

And that:

*To take an even longer-term perspective, enrolment in colleges and universities has not only not kept up with the expanding demands of health care, but many of them have actually decreased. Human Resources Development Canada (in its Job Futures 2000 Program) indicates that many allied health worker disciplines have seen a decrease in the number of graduating students. For example, HRDC indicates that in 1997, there were 530 graduates from medical laboratory technology programs across the country - a 42% decrease from 1987. Diagnostic Imaging had a 15% decrease in graduation over the same period. This is an astounding figure, considering the ever increasing demand for technical and professional employees due to both the new technologies and a growing population.*<sup>179</sup>

The decline in the number of graduates has also been compounded by what has been called 'credential creep.' This refers to the gradual increase in the educational levels required to gain employment in a particular field, often driven by the increasing complexity of the work involved. The HSAA gave the examples of the Michener Institute in Ontario that has recently moved from a two-year program in medical radiation technology and nuclear medicine, to a five-year program, and of the proposal in Alberta to require a masters level program for entry to clinical practice in physical therapy.<sup>180</sup>

Among the consequences of 'credential creep' are that it takes longer to train new graduates, who must make a correspondingly greater commitment of time and money to acquire the necessary training, and who will therefore expect salaries that are commensurate with their levels of training and education. In addition, the proliferation of new equipment means that provision must be made for ongoing training, a process that puts further pressure on limited financial and human resources. It is of no use to invest in expensive equipment if there is not sufficient qualified personnel available to ensure that it is properly used.

It is thus clear to the Committee that the numbers of nursing graduates as well as of allied health professionals need to be sharply increased, and that the federal government must contribute to helping make this happen. The Committee therefore recommends:

---

<sup>177</sup> Brief to the Committee, Oct. 16, 2001, p. 7.

<sup>178</sup> Brief to the Committee, Oct. 17, 2001, p. 4.

<sup>179</sup> *Ibid.*

<sup>180</sup> Brief to the Committee, pp. 5-6

### **That the federal government:**

- **Work with provincial governments to ensure that all medical schools and schools of nursing receive the funding increments required to permit necessary enrolment expansion.**
- **Review mechanisms by which direct federal funding could be provided to support expanded enrolment in medical and nursing education, and ensure the stability of funding for the training and education of allied health professionals.**
- **Review student loan programs available to health care professionals and make modifications to ensure that the impact of inevitable increases in tuition fees, especially as they affect medical students, does not lead to denial of opportunity to students in lower socio-economic circumstances.**
- **Provide particular tuition support for nursing students, up to and including waiving tuition fees entirely for a limited period of time.**
- **Work with provincial governments to ensure that the relative wage levels paid to different categories of health professionals reflect the real level of education and training required of them.**

#### **6.1.3 Increasing the supply of health care providers from Canada's Aboriginal peoples**

In its previous reports, the Committee noted that there was a serious shortage of health care providers from Aboriginal backgrounds. A number of witnesses addressed this problem, in particular with regard to the training of Aboriginal physicians. Dr. Henry Haddad, President of the CMA, noted that to the best of his knowledge there were only about 50 physicians from Aboriginal backgrounds in the entire country.<sup>181</sup> This represents less than one tenth of one percent of the total of more than 57,000 practising physicians in Canada in 2000.<sup>182</sup>

Dr. Joanna Bates, Associate Dean, Admission, University of British Columbia, told the Committee about initiatives taken at her University to encourage greater numbers of students from Aboriginal backgrounds to pursue careers in health-related fields. In the first place, she pointed out that it was necessary to identify barriers that come into play even before Aboriginal students graduate from high school.

---

<sup>181</sup> 42:102

<sup>182</sup> CIHI, op. cit. p. 10.



*(...) we have identified a number of significant barriers to the acceptance and the involvement of Aboriginal people and students entering into faculties, not just medicine but other health careers as well. Specifically, issues around early education are major issues in having Aboriginal people achieve the level of education required to enter professional faculties. The issue of dropout rates and lack of completion at the high school level prevents many Aboriginal students from even getting to the point where they could consider a health professional career.*<sup>183</sup>

Other obstacles rooted in cultural differences make themselves felt during the admission process. She noted that admission procedures designed for non-aboriginals

*(...) do not accommodate the communication processes that occur with Aboriginal students who are raised on reserves. For example, we look for rapport development with eye contact, and that is not culturally appropriate.*<sup>184</sup>

Dr. Bates insisted that it was not a matter of applying different standards to students from different backgrounds, but rather of being aware of the full impact of culturally conditioned behaviour and sensitivities. Thus, she affirmed that:

*...we do not mean lower admission standards at all. We are often asked that question. We have similar admission standards for all applicants, but we feel that we have not been identifying appropriately excellence and performance in certain groups, including Aboriginal students.*<sup>185</sup>

The Committee expresses its support for these kinds of initiatives. It also notes with approval the financial assistance being provided to aboriginal students by organizations such as the CMA. In this regard, witnesses noted that rises in tuition fees compounded the problem of recruiting Aboriginal and other minority students to careers in health care. For example, Dr. John Ruedy of the Capital District Health District in Halifax told the Committee,

*We have had an unbelievably difficult problem in this province in attracting our Aboriginal, Mi'kmaq and Black sons and daughters into medical school. Part of that has been that high school, home and peer environments make it appear beyond expectation that these individuals could ever afford to go to medical school. It is not that they do not have the brains, it is just economically beyond them. This has been seriously augmented by the very large increases in tuition that have occurred over the last five years.*<sup>186</sup>

The Committee therefore recommends:

---

<sup>183</sup> 33:58

<sup>184</sup> 33:59

<sup>185</sup> 33:59

<sup>186</sup> 42:93

**That the federal government work with the provinces and medical and nursing faculties to finance places for students from aboriginal backgrounds over and above those available to the general population.**

#### **6.1.4 Dealing with 'The Brain Drain'**

In its previous reports the Committee noted that for both doctors and nurses, the two groups of health care professionals whose emigration from the country has provoked the most concern, it was their perceived inability to practice in a way that allowed them to make full use of their training that was often central to their decision to move abroad. This was contrary to some people's impression that tax relief measures alone might be sufficient to lure health care professionals into returning to Canada.

A recent examination of the 'Brain Drain' by Ross Finnie of Queen's University pointed out in this regard that overall reinvestment in the health care system would create a kind of virtuous circle in policy terms. By reaffirming that better health care is its own worthwhile goal it would help create the conditions that would lead to a reduction in the brain drain. This, in turn, would mean a better supply of health care professionals and reinforce further the ability of the system to provide the kind of care that these professionals have been trained to deliver.<sup>187</sup>

It is worth noting that recruiters abroad are acutely aware of the desire of Canadian health care professionals to be able to practice in a way that allowed them to make full use of their training. This point was illustrated by an article in *La Presse* that cited a recruiter from Lausanne, Switzerland, who had been importing nurses from Quebec for over 25 years. He said that, "two-thirds of Quebeckers who come here say that their motivation is to be able to really put into practice the health care policy for which they have been trained."<sup>188</sup> His efforts have been so successful over the years that 249 nurses from Quebec now work in his hospital, and Quebeckers in general represent 15% of the total staff.

There are no shortcuts to making the working conditions in Canada's hospitals sufficiently attractive to recruit and retain health care graduates. For example, the Committee highlighted in its fourth report the range of factors that would have to be addressed in order to alleviate the crisis in nursing:

- the place where the work takes place must itself be healthy, safe and secure
- the tools required to do the job must be in place
- the work being done must be interesting and attractive enough to offer its own intrinsic rewards to those who carry it out - and at the same time must be adequately rewarded, recognized and respected externally

---

<sup>187</sup> Finnie, Ross, "The Brain Drain: Myth and Reality — What It Is and What Should be Done," in *Choices* Vol. 7, No. 6, Nov. 2001, p. 18.

<sup>188</sup> Gilles Toupin "La Suisse maraude les infirmières québécoises," *La Presse*, July 21, 2001. (Translation of: « les deux tiers des Québécois qui débarquent chez nous disent dans leurs lettres de motivation qu'ils veulent pouvoir répondre réellement à la politique en soins pour laquelle ils ont été formés ».)

- working hours and the interplay of home life and work life must be addressed, particularly in a workforce largely staffed by women

At the same time, the Committee believes that there are certain measures that should be envisaged to deal specifically with the problem of health care professionals who have moved abroad. Given that it will take years for a sufficient number of new graduates to be trained, it makes sense to work to repatriate Canadians who already have the necessary training, experience and skills.

***...the Committee believes that there are certain measures that should be envisaged to deal specifically with the problem of health care professionals who have moved abroad.***

The Committee believes that this effort should involve two main elements. On the one hand, the different levels of government and the various professional associations should work together in order to make sure that Canadians abroad are made aware of the changes being introduced into the health care system, and of the new possibilities for professional practice that are arising. The Committee notes that Nova Scotia recently undertook a 10-week campaign along these lines to woo back nurses who had left for the U.S.<sup>189</sup>

On the other hand, certain short-term incentives should be considered in order to make returning to the country as attractive as possible and to defray some of the costs associated with re-establishing oneself in professional practice. In a recent article, "Why do highly skilled Canadians stay in Canada?" the authors pointed out that,

*In the late 1960s, after a decade of the brain drain to the United States, Canada induced Canadian academics to return with a combination of attractive career opportunities and three years of federal income tax forgiveness.<sup>190</sup>*

Dr. Peter Barrett, former president of the CMA, suggests that this historical precedent could be applied to the design of some sort of short-term income tax relief targeted at doctors. The Committee believes that these same measures should also be considered for nurses and other health care professionals in short supply, where there is evidence that they have moved abroad in significant numbers. The Committee therefore recommends:

**That in order to facilitate the return to Canada of Canadian health care professionals who are working abroad, the federal government should work with the provinces and professional associations to inform expatriate Canadian health professionals of emerging job opportunities in Canada, and explore the possibility of adopting short-term tax incentives for those prepared to return to Canada.**

<sup>189</sup> Steve Proctor, "N.S. works to rehire nurses who went south", Halifax Herald, Nov. 29, 2001.

<sup>190</sup> Cited in Peter Barrett "Who Let the Docs Out?" in *Choices* Vol. 7, No. 6, Nov. 2001, p. 43. The original article by DeVoretz and Iturralde appeared in *Policy Options*, Vol. 22, no. 2, March 2001.



### 6.1.5 The need for a national health human resources strategy

Throughout the Committee's hearings witnesses have repeatedly stressed the need for a national health human resources strategy, a proposal which the Committee endorsed in Principle Fourteen in Chapter Two of this report. The question remains, however, as to who should be responsible for the development of such a strategy and how such a strategy should be implemented. The recommendations that have been advanced in this chapter already point to many of the reasons such a strategy is required. Thus, the Committee believes that it is difficult to see how it could be possible to attain the objective

of self-sufficiency in health human resources unless there is long-term cooperation and coordination amongst all stakeholders, from government through the professional associations to educators in the health care field.

*Thus, the Committee believes that it is difficult to see how it could be possible to attain the objective of self-sufficiency in health human resources unless there is long-term cooperation and coordination amongst all stakeholders, from government through the professional associations to educators in the health care field.*

At the same time, however, it is clear that the need for such a national strategy has long been recognized. One therefore has to wonder why it has proven to be so difficult to formulate. The British Columbia Medical Association noted in its brief to the Committee that,

*A national health human resource strategy is indeed what we need, although its development has proved virtually impossible over the course of the past three decades.<sup>191</sup>*

In the Committee's view, moving forward in this regard entails recognizing that such a strategy must not be a 'federal' one, with input only or primarily from the senior level of government, but must rather involve all stakeholders, while recognizing that the training and education of health care professionals is a provincial responsibility.

There are other factors that reinforce the need for a national strategy that are worth noting as well. Ms. June Blau, President, Saskatchewan Registered Nurses' Association, told the Committee that not only is her province not training enough nurses to meet its own needs but that other provinces have traditionally relied on nurses trained elsewhere to meet their own requirements:

*We are limited in Saskatchewan right now to 260 seats; we need at least 400. The Province of British Columbia, for example, has only ever trained 50 per cent or less because they rely on recruitment from other provinces. So we train and they use. And that has been the philosophy ever since I became a nurse.<sup>192</sup>*

<sup>191</sup> Brief to the Committee, Oct. 10, 2001, p. 5.

<sup>192</sup> 31:7

In the Committee's opinion, problems relating to inter-provincial competition for graduates in health-related fields, further highlights the centrality of developing a national strategy with regard to health human resources. Competition between different jurisdictions for scarce human resources can lead to severe disparities in the ability of various regions to provide health care services.

At the same time, of course, it is true that different provinces and regions of the country offer different attractions that will appeal to health care professionals for a variety of reasons. The Honourable Jamie Ballem, Minister of Health and Social Services in Prince Edward Island, told the Committee,

***In the Committee's opinion, problems relating to inter-provincial competition for graduates in health-related fields, further highlights the centrality of developing a national strategy with regard to health human resources.***

*We have a situation where the perception is that health care is measured by how much money you spend, how many doctors you have, how many nurses you have...However, when you try getting more doctors, they are just not available. Money is not the issue. More nurses are needed; we have 40-plus vacancies in our nursing structure right now. I budget for more than that every year, for all those vacancies, and we will pay more than that in overtime. It is not a question of creating more positions. We just cannot get the bodies.*

*Thus we are looking at how to utilize the health professionals that we have: what the mix will look like, and who does what. We are trying to have attractive recruitment and retention packages. We are trying to make the workplace something that is attractive to keep people here. We cannot compete in dollars. If it was just a case of dollars and cents, everybody would be in Alberta. We are trying to create a situation in this province whereby it is an attractive opportunity for someone to come and practise their profession.<sup>193</sup>*

There is also evidence that there is fierce financial competition for many categories of health care professionals, not only between various regions of the country, but also between public and private providers. The Health Sciences Association of Alberta gave the following examples to the Committee:

*The private sector in radiology in Alberta offers comparable wages, but usually better working hours and conditions (i.e. less shift work, weekends and call-backs). As a result, we have seen an exodus of diagnostic imaging technologists to the private sector. However, the expectations for services in the public sector has not diminished, which in turn creates an overburdened workforce of employees who remain in the public sector.*

---

<sup>193</sup> 43:55

*Another example of private sector competition affecting the public sector is in pharmacy services. Because of the international shortage in Pharmacists, the private sector has been paying much higher wages than the public sector. Beyond wages, the profit sharing and other compensation schemes can result in many Pharmacists earning \$20,000-\$30,000 a year more in the private sector.<sup>194</sup>*

Finally, there is the seemingly intractable problem of the geographical maldistribution of physicians. In its previous reports the Committee repeatedly highlighted the long-standing difficulties in ensuring an adequate supply of health care professionals to the rural and remote regions of the country. Amongst the strategies that were proposed to the Committee to increase the number of physicians who were interested in practising in rural Canada was the oft-repeated idea that by exposing medical students to the reality of rural practice, many would choose to locate there. The Committee heard evidence that this kind of strategy does indeed work. Mr. John Malcolm, Chief Executive Officer, Cape Breton Regional Health Care Complex, gave the following account to the Committee:

*You must consider the needs of rural Canada. When Dr. Ruedy was Dean, his department approached us about the idea of establishing a rural family medicine program. We jumped at that – to the point that we found all of the costs to operate the program locally. The university found the cost for the residents...*

*We have no vacancies in any of the communities around the Cabot Trail and, in fact, we have one community where we appear to have one physician who wants to come more than what we need next year. If you expose people to the opportunity of rural practice, they will choose rural practice just as I choose to live in rural Canada and not return to urban Canada.<sup>195</sup>*

The Association of Canadian Medical Colleges (ACMC) has recently argued that there are three major problems that must be confronted in trying to address regional maldistribution:

- The concentration in large urban centres—physicians tend to concentrate in areas of larger population with greater ranges of educational, religious, cultural and recreational opportunities for families and working opportunities for spouses.
- The fact that rural practice has specific demands, with professional practice considerations including heavy “on-call” and “burn-out” factors in rural communities.
- The emergence of an increasing number of opportunities for physicians in urban centres as the shortage of physicians in Canada increases in urban communities.

---

<sup>194</sup> Brief to the Committee, p. 5.

<sup>195</sup> 42:85-86



The APMC also points out that the issues that need to be addressed include “recruitment of students with backgrounds that may be suited to a rural or remote practice, support of physicians in rural or remote locations (locums), improved use of telehealth, and increasing the exposure of trainees to rural and remote practices.”<sup>196</sup> The Committee agrees with these goals. It also endorses the idea that any contractual arrangements entered into by physicians promising to practice in rural areas should be voluntary. Coercive measures to force physicians into rural or remote practices are to be discouraged, as was affirmed by the Ontario Government’s January, 2001 Expert Panel on Health Professional Human Resources Report. It included as one of its core principles that “strategies to improve the distribution of health care professionals should be designed to attract and encourage them to practice in areas of need rather than penalizing them for not doing so.”<sup>197</sup>

The Committee would also like to acknowledge the enormous contribution made by the tens of thousands of Canadians who volunteer literally millions of hours of their time in the health care sector. Without them the impact of the shortages of both human and material resources that plague the health care system would be magnified many times over. CIHI notes that a recent Statistics Canada survey found that health organizations benefited from about 9% of the 1.05 billion hours that Canadians volunteered in 2000.<sup>198</sup> In this regard, Ms Maude Peach, the former Director of Volunteer Resources with the Health Care Corporation of St. John’s, told the Committee that in Newfoundland, “volunteers contribute millions of hours a year helping people who are ill, elderly, disabled, disadvantaged, and illiterate.”<sup>199</sup> The Committee wishes to encourage Canadians to continue to contribute to the health care sector by volunteering.

There have been a number of initiatives already undertaken to move in the direction of better coordinating human resource planning. A recent study released at the Premier’s conference in Victoria called for provinces and territories to consider solutions that aim to increase the number of health care workers in their own jurisdictions while not recruiting workers from other parts of the country.<sup>200</sup> Mr. William Tholl, CEO of the Canadian Medical Association (CMA), told the Committee that the CMA was working with other organizations of health care providers to develop a multi-disciplinary study that will assess human resource needs based on a disease-based or patients perspective.<sup>201</sup>

The Committee welcomes the announcement last fall by the Minister of Human Resources Development Canada (HRDC), The Honourable Jane Stewart, that her department is undertaking two important sectoral studies in order to gauge the precise human resources needs for physicians and nurses. The Committee believes that this marks an important step in the direction of developing a national approach with regard

***The Committee welcomes the announcement last fall by the Minister of Human Resources Development Canada (HRDC), The Honourable Jane Stewart, that her department was undertaking two important sectoral studies in order to gauge the precise human resources needs for physicians and nurses.***

<sup>196</sup> APMC, *op. cit.*, p. 10.

<sup>197</sup> Cited in CAIR’s brief to the Committee, p. 14

<sup>198</sup> CIHI, *op. cit.*, p. 13.

<sup>199</sup> 41:40

<sup>200</sup> CIHI, *op. cit.*, p. 75.

<sup>201</sup> 42:109

to health human resources. Each of these studies will systematically analyse the labour market and culminate in the elaboration of a strategy designed to ensure an adequate supply of appropriately trained professionals.

The physician study will comprise three phases, lasting around three years:

- *Phase 1, 9-12 months* - A situational analysis reviewing health care delivery models, factors influencing the physician workforce and profiling the physician workforce.
- *Phase 2, 12-18 months* - A comprehensive human resource analysis of physicians to gather and analyze information on issues impacting on the supply of, and demand for, physicians.
- *Phase 3, 12 months* - Develop a human resource strategy for physicians through a consultative mechanism involving all relevant stakeholders.

For its part, the nursing study has two phases, that will take two years to complete:

- *Phase 1 (duration - 20 months)* - A comprehensive analysis of the nursing labour market will be undertaken, including the development of nursing requirements under various delivery model options.
- *Phase 2 (duration - 5 months)* - A systematic strategy development process will be developed, based on the information developed under Phase 1 of the project, and using input from stakeholders in the nursing sector, including provincial and territorial governments.

The Committee notes with approval the involvement of all the key stakeholders, including provincial representatives, in the process of producing these studies. Despite their importance, however, these HRDC reports should not be seen as all that needs to be done. Given the length of the anticipated time frame for the completion of these studies, the Committee feels that the measures and initiatives it has recommended in this chapter should not wait that long to be considered. The Committee wishes to stress the importance of acting quickly in this area, while at the same time making sure that the implementation of the strategies that will flow from these reports be seen as part of a longer term health human resources planning process.

***The Committee firmly believes that the federal government must play an even stronger role than it has to date in coordinating efforts to deal with health human resources shortages.***

The Committee firmly believes that the federal government must play an even stronger role than it has to date in coordinating efforts to deal with health human resources shortages. Given that it is clear that there can be no 'quick fix' and that a wide range of interests and concerns must be incorporated in the search for long-term solutions, it would seem appropriate to establish an ongoing framework for dealing with human resource issues. The Committee therefore recommends:



That the federal Government work with other concerned parties to create a permanent national coordinating body for health human resources, to be composed of representatives of key stakeholder groups and of the different levels of government. Its mandate would include:

- disseminating up-to-date data on human resource needs;
- coordinating initiatives to ensure that adequate numbers of graduates are being trained to meet the goal of self-sufficiency in health human resources;
- sharing and promoting best practices with regard to strategies for retaining skilled health care professionals and coordinating efforts to repatriate Canadian health care professionals who have emigrated to other countries;
- recommending strategies for increasing the supply of health care professionals from under-represented groups, such as Canada's Aboriginal peoples, and in under-served regions, particularly the rural and remote areas of the country;
- examination of the possibilities for greater coordination of licensing and immigration requirements between the various levels of government.

## 6.2 Health Human Resources and Primary Care Reform

As the Committee pointed out in its *Issues and Options* report (Volume Four), the way the delivery of primary care is organized will have a significant impact on our ability to make the best possible use of health human resources.

Primary health care constitutes the first point of contact with the health care system. At present, primary care delivery in Canada is organized mainly around family physicians and general practitioners working in solo or small group practices. Approximately one-third of primary care physicians are solo practitioners and fewer than 10 percent of primary care physicians work in multidisciplinary practices. The vast majority of primary care practices are owned and managed by physicians. Fee-for-service (FFS) payment is the dominant form of physician remuneration. Almost 90% of family physicians surveyed by the Canadian College of

***As the Committee pointed out in its Issues and Options report (Volume Four), the way the delivery of primary care is organized will have a significant impact on our ability to make the best possible use of health human resources.***



Family Physicians in 2001, said they received some proportion of their earnings in the form of fee-for-service payments,<sup>202</sup> and FFS payments accounted for an average of 88 percent of their total income.<sup>203</sup>

There is no legislative requirement that directly establishes the dominance of FFS payment of physicians. One can, however, identify two of the central features of Canada's health care system that have contributed to the structure of primary care delivery that prevails today. On the one hand, the original bargain that was struck between government and physicians to incorporate the principle of public payment for private medical practice had the effect of placing physicians at the centre of the health care system, and enshrining FFS as the dominant mode of remuneration.<sup>204</sup> At the same time, limiting the definition of "comprehensive" medically necessary coverage under the *Canada Health Act* to hospital and physician services has reinforced this same trend.

Thus, when the Committee spoke in Volume Four of the existence of a perceived 'hierarchy' amongst the health professions, with specialist physicians at the apex, it was highlighting this structural tendency within the Canadian health care system. The fact that this structure is given shape in part by the *Canada Health Act* is one reason that it is important for the Committee to examine the issues of health human resources and primary care reform, even though the main responsibility for policy in these areas lies with Provincial and Territorial governments.

### **6.2.1 Support for Primary Care Reform**

Over the years there have been numerous initiatives aimed at encouraging different ways of delivering primary care that could take advantage of more cooperation amongst, and better coordination between, health care providers. But, as a recent study of primary care in Canada by Hutchison *et. al.*, notes:

*Despite their wide variety and substantial numbers, innovations in the organization, funding, and delivery of primary care in Canada have been at the margins of primary care rather than at its core. Except in Quebec, where 20 percent of family physicians and GPs work in CLSCs,<sup>205</sup> either full or part time, physicians participating in primary care reform projects or working in unconventional practice settings are in a tiny minority. In Ontario, with its long-established Community Health Centre and Health Service Organization programs and Canada's largest provincial primary care reform scheme, only about 5 percent of physicians participate in alternative models of primary care funding and delivery.<sup>206</sup>*

---

<sup>202</sup> Canadian Institute for Health Information (CIHI), *Canada's Health Care Providers*, 2001, p. 73.

<sup>203</sup> Hutchison, Brian and Julia Abelson and John Lavis, "Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change," in *Health Affairs*, Vol. 20 No. 3, May-June 2001, p. 117.

<sup>204</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>205</sup> Quebec's 'Centres locaux de services communautaires' (CLSCs) constitute a network of community clinics that offer a range of health-related services.

<sup>206</sup> Hutchison, *op. cit.*, p. 122.

During its hearings the Committee repeatedly heard that this lack of progress in reforming primary care delivery was, at present, not primarily the result of opposition from health care professionals each seeking to protect their particular bit of turf. From established physicians to residents and internes, through representatives of professional bodies and educational institutions, doctors across the country insisted that they were open to alternative forms of organizing primary care delivery and of remuneration.

In this vein, Dr. Henry Haddad, President of the Canadian Medical Association, told the Committee that “there is a prevailing myth that physicians are a barrier to change when in fact many of the progressive changes in the health care system have been more often than not physician lead.” He indicated that “Canadian physicians are willing to work in teams and the CMA has developed a “Scopes of Practice” policy that clearly supports a collaborative and cooperative approach,” adding that “contrary to popular belief, physicians are very open to alternate payment models.”<sup>207</sup>

Witnesses noted that one of the factors that had contributed to fostering this growing collaborative spirit was the narrowing of the gap in educational levels between physicians and other health care professionals. As well, the changing demographics and career patterns of newly graduated physicians has also had an impact on attitudes towards change. The Canadian Association of Internes and Residents told the Committee:

*Medical residents and new physicians often have a different set of personal and professional values, priorities, and workload expectations, flowing in part from a commitment to a more balanced approach to career, family, and well-being. These new values are increasingly playing a role in career and remuneration decisions. As a result, new physicians tend to be more open to alternative methods of compensation and health care delivery than traditional fee-for-service or solo physician practice.*<sup>208</sup>

However, some physician representatives, noting that a number of important questions remain unanswered, cautioned that primary care reform was unlikely to be a panacea for all the ills plaguing the health care system. In the words of Dr. Heidi Oetter, President of the British Columbia Medical Association:

*While the models that have been piloted to date may, arguably, provide better overall quality care, there is no evidence to date to suggest that these models have reduced costs or are generally applicable to the entire health care system. Quality must be the primary goal, but it will likely come with a higher price tag. It has been said that care delivery can conform to any two of the three characteristics of good, fast and cheap, but not all three simultaneously. Primary care is no different.*<sup>209</sup>

---

<sup>207</sup> Testimony before the Committee, Halifax, Nov. 6, 2001, p. 3 of speaking notes.

<sup>208</sup> “The New Face of Medicine: Sustaining and Enhancing Medicare,” brief to the Committee, Nov. 2001, p. 4.

<sup>209</sup> Brief to the Committee, Oct. 19, 2001, p. 8.

Witnesses representing organizations of registered nurses were unanimous in their assessment that primary care reform was essential to preserving and improving the state of health of Canadians and making better use of the full range of skills possessed by diverse health care providers. Thus, the Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador suggested "that the best approach for achieving the intersectoral cooperation required to formulate and implement a national population health strategy is to embrace the primary health care and wellness model as the basis for the delivery of health services in the country."<sup>210</sup> The Saskatchewan Registered Nurses' Association affirmed their belief "that the Primary Care Teams are the fundamental building blocks to the sustainability of a publicly funded health system,"<sup>211</sup> while the Registered Nurses of Ontario urged "the Standing Committee to recommend the implementation of true primary health care reform, with 24/7 care being delivered by interdisciplinary teams of health care professionals."<sup>212</sup>

Representatives of other categories of nurses also endorsed the idea of primary care reform. Pat Fredrickson, President of the Canadian Practical Nurses Association, told the Committee that:

*Licensed practical nurses (LPNs) are both a practical and cost effective way of alleviating the shortage of nurses and averting an even more critical nursing crisis. We would strongly support a move away from the hierarchical way of thinking to support your assumption that each profession has its particular strengths, and these all need to be properly valued and deployed.*<sup>213</sup>

She noted that across the nursing profession as a whole there has been an increase in the levels of education and training, telling the Committee that "just as the registered nurses' education and scope of practice has expanded in recent years so has that of the LPN."<sup>214</sup> But she argued that this has not yet led to the deployment of the full competencies of LPNs, noting that "the examples in this country where the knowledge and skills of an LPN are used to their full scope of practice are few and far between."<sup>215</sup>

And just as there have been historical tensions between nurses and doctors over scope of practice issues, so too have LPNs felt that RNs have been guilty of guarding their own prerogatives. Ms. Fredrickson told the Committee:

*The greatest underutilization is also where there is the greatest shortage of registered nurses. The biggest barrier to the utilization of the LPN is in the facilities where the unions protect the turf of the registered nurse through restrictive collective agreements.*

At the same time, representatives of the Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador told the Committee that they supported "the implementation of

---

<sup>210</sup> Brief to the Committee, Nov. 5, 2001, p.4.

<sup>211</sup> Brief to the Committee, Oct. 16, 2001, p. 4.

<sup>212</sup> Brief to the Committee, Oct. 30, 2001, p. 16.

<sup>213</sup> 32:56

<sup>214</sup> *Ibid.*

<sup>215</sup> 32:57



practices that enable *both RNs and LPNs to work to the full potential* of their approved scope of practice and within their level of competence.”<sup>216</sup>

Finally, representatives of some allied health care professionals also expressed support for the idea of primary care reform. The Ontario Association of Optometrists told the Committee that “as primary eye care providers, we are prepared to participate as part of the multi-disciplinary team vital to the primary care reform goals.”<sup>217</sup> Mr Ron Elliott, President of the Canadian Pharmacists Association indicated that his organization “strongly supports the need for reform of the current hierarchy of health care professionals” and that it believes “that scopes of practice need to change in order to improve effectiveness and efficiency.”<sup>218</sup>

Other witnesses also highlighted the importance of reviewing professional scope of practice rules in order to ensure that as few barriers as possible are put in the way of fruitful collaboration amongst health care providers. Mr. Gerry Fahey, Executive Director, Health Professions Council of British Columbia explained to the Committee the rationale behind the recommendations contained in a major review conducted in that province. He noted that in the old system, known as the ‘exclusive scopes-of-practice system,’ “each profession is granted a descriptive statement of its practice, which is, generally, very broad, and within that statement they have the exclusive right to perform.”<sup>219</sup> The new system that the Council proposed, based on one in place in Ontario, is called the ‘reserved-axe’ or ‘controlled-axe’ model. Mr. Fahey explained that,

*The theme of this system is to increase choice amongst health care professionals within safe parameters. In more basic terms, if people are trained and educated to perform certain tasks, they should be allowed to perform them.*<sup>220</sup>

He noted that this new system would help to promote interdisciplinary practice, and that, in particular, “the reserved-axe model will assist in promoting specialized practice for nursing and primary roles for nursing.”<sup>221</sup>

Moreover, he pointed out that there were often barriers to expanding interdisciplinary collaboration contained in legislation as well, telling the Committee that,

*(...) buried amidst all this subordinate legislation, regulatory instruments and bylaws, there are, even for one profession, many rules that create barriers for other professions. For example, there are provisions in several statutes that prevent a member of a profession from practicing with another. There are provisions preventing prescription release. There are provisions about who controls laboratory facilities. We identified these*

---

<sup>216</sup> Brief to the Committee, p. 8. Emphasis in the original.

<sup>217</sup> Brief to the Committee, Oct. 29, 2001, p. 5.

<sup>218</sup> 38:61

<sup>219</sup> 33:60

<sup>220</sup> 33:61

<sup>221</sup> Ibid.

*as not only barriers to access to the public, but also barriers to solutions coming from government in terms of how they want to use health care personnel.*<sup>222</sup>

The Committee strongly believes that revisions to scope of practice rules and other regulations that promote greater flexibility and encourage collaboration amongst health care professionals are to be welcomed, and that, as noted in Principle Twelve in Chapter Two, these should be developed so as to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained. It also expresses the hope that these can be made as uniform as possible across the country.

***The Committee strongly believes that revisions to scope of practice rules and other regulations that promote greater flexibility and encourage collaboration amongst health care professionals are to be welcomed.***

### **6.2.2 Inter-Disciplinary Education**

In order for primary care reform to succeed, several witnesses stressed the importance of ensuring that the education of health care professionals exposed them to the benefits and exigencies of inter-disciplinary teamwork. Dr. John H.V. Gilbert, Coordinator of Health Sciences at the University of British Columbia, affirmed that “if we are serious about changing the extant hierarchical way of thinking, then I contend we should pay serious attention to the manner in which health care professionals are educated.” He added that his sense “is that one of the reasons we are not using our health professional, again, to quote, ‘to anything like the full extent of their capabilities’, is because their educational programs are structured in such a fashion that they do not foster an understanding of the particular strengths and scopes of practice of each other.”<sup>223</sup> His conclusion was that “we need a national health education program with resources to underwrite program development and evaluation at least on a par with some of the social science institutes in the CIHR.”<sup>224</sup>

Dr. John Ruedy, Vice President Academic Affairs of the Capital District Health Authority in Halifax, expressed a similar view:

*(...) experiential learning of health professionals is dependent on students’ access to models of health care teams. Professional silos are perpetuated by educational programs that have little relationship to one another. We need to develop core professional education programs that have different exit points for different health professions.*<sup>225</sup>

The Canadian Association of Interns and Residents (CAIR) noted that medical education had already begun to shift its focus somewhat, incorporating a greater emphasis on “multi-disciplinary education, so that physicians are learning and working with other members of the health care team including nurses and nurse practitioners, physiotherapists, occupational

<sup>222</sup> 33:61-62

<sup>223</sup> 33:111

<sup>224</sup> 33:112

<sup>225</sup> Brief to the Committee, Nov. 6, 2001, p. 3.

therapists, social workers and dentists.”<sup>226</sup> Dr. Gilbert told the Committee that the University of British Columbia had just become the first University in the world to establish a college of health disciplines,<sup>227</sup> that involves the affiliation of seven faculties that have agreed to collaborate to promote inter-disciplinary education.

Nonetheless a note of caution in this regard was sounded by CIHI in a recent study entitled *Canada’s Health Care Providers*.

*Does inter-professional education make a difference? If yes, how much? An international systematic review in May 2000 looked at its effects on professional practice and health care outcomes. Given the current state of research, the authors concluded that the jury is still out on possible outcomes.*<sup>228</sup>

### 6.2.3 What model for primary care reform?

A concern of a number of the physicians who appeared before the Committee was that any move to reform primary care be done on a voluntary basis. The Canadian Association of Internes and Residents (CAIR) insisted that, “change will only be successful with the willing and constructive participation and input of the various providers involved in the delivery of health care; if they are alienated by the imposition of coercive measures, their needed goodwill, expertise, morale and cooperation will be seriously undermined.”<sup>229</sup>

***The Committee is convinced that the reform of primary care delivery is essential to ensuring the sustainability of Canada’s health care system.***

A second concern, expressed by the British Columbia Medical Association, had to do with the structure of the inter-disciplinary team that would be responsible for patient care in most reform scenarios. They indicated that in their view it was necessary for physicians to retain a leadership role within these group practices.

*What is important to physicians and to patients, we believe, is that each team requires a leader who will accept ultimate responsibility for the patient.*

*When patients arrive at the physician’s office, they do not know their specific condition, they simply know their symptoms. This ‘information asymmetry’ requires the professional attention of the best-trained generalist, the GP, who can treat or triage for the entire spectrum of patient needs. The full spectrum GP at the point of entry to care is a fundamental strength of Canada’s health system and highly valued by the public. The analogy that you don’t need an electrician to change a light bulb is true, once you know*

<sup>226</sup> Brief to the Committee, p. 8.

<sup>227</sup> 33:123

<sup>228</sup> CIHI, *op. cit.*, p. 60.

<sup>229</sup> Brief to the Committee, pp. 5-6.



*the light bulb is the problem. If, on the other hand, you come home and the lights won't go on, all you know is that it is dark. The problem could have multiple causes, only one of which is a faulty light bulb. If you call in a 'light bulb changer' and that doesn't solve the problem, then a fuse box technician and finally the electrician, you not only have misused resources, but may have caused harm while waiting. The point is, patients don't arrive at the physician's doorstep with a label; they arrive with a complex array of symptoms and complaints that require diagnosis.*<sup>230</sup>

Other witnesses, suggested that the reluctance that was still evident on the part of doctors to abandon their central role in the system could inhibit the reform of primary care delivery. Thus, June Blau, of the Saskatchewan Registered Nurses Association, told the Committee:

*Doctors are very powerful and do not want to abandon the fee-for-service system. They are afraid that we will short-change them. I do not think anybody realizes how many hours doctors put in per week. I have a daughter who is a family physician, so I am probably more aware than anybody. If and when we put physicians on salary, it will be a very good salary, as it ought to be.*

*We ought to be recognizing nurses in a similar way. We have to get rid of the hierarchy; doctors are not better than nurses, nurses are not better than LPNs or RPNs, and RPNs are not better than aides. This is not a hierarchy; this is a team. Each profession has some things that only it can do, each has areas of overlap, and we need to work in a team that takes advantage of all of those resources in the best way possible and achieve the efficiencies that come with that. What we have now is everybody working in silos, and with diseases in silos, instead of looking at health as a big picture.*<sup>231</sup>

On the whole, witnesses from all the health care professions believed that new forms of remuneration were essential, and that exclusive reliance on FFS was incompatible with widespread reform of primary care delivery. However, it was also generally agreed that there was no single 'cookie-cutter' formula that could be applied in all circumstances.

Witnesses argued that each form of remuneration had both advantages and disadvantages. FFS was seen to penalize physicians for spending longer periods of time with patients presenting complex cases. While it was recognized that FFS also encouraged doctors to be strong advocates for their patients within the system, there was concern that this contributed to phenomena such as the ordering of unnecessary diagnostic tests.

Capitation and rostering, on the other hand, were seen to facilitate the integration of primary care services and to emphasize quality care, including preventative medicine, over quantity, but at the cost of potentially generating an incentive for primary care

---

<sup>230</sup> "Setting Sail: Health Care in Transition," brief to the Committee, Oct. 19, 2001, pp. 9-10.

<sup>231</sup> 31:21

providers to not order all the tests that might be required (because they would be responsible for covering all or part of the costs of these tests out of a fixed per-patient budget).

Several witnesses referred to the study by Hutchison *et. al.* that indicated that “strong evidence is lacking to support the superiority of any one model of organizing, funding, and delivering primary care and of many suggested model components, including group practice, multidisciplinary practice, and remuneration methods.”<sup>232</sup> It is worth citing the detailed conclusions reached by these same authors:

*As we assess the state of evidence regarding primary care physician Payment methods based on the strongest, most relevant studies we have been able to identify, we see the following:*

1. *There is suggestive evidence that patients’ assessments of overall satisfaction and access/availability are more positive in settings with FFS as opposed to salary or capitation payment.*
2. *There is minimal or conflicting evidence regarding patients’ assessments of continuity, comprehensiveness, coordination, technical quality, and interpersonal aspects of care.*
3. *There is minimal evidence regarding practice patterns (for example, frequency of home visits and length of office visits).*
4. *There is suggestive evidence that capitation payment results in higher rates of referrals to specialists.*
5. *There is minimal or conflicting evidence regarding quality, utilization, and costs of care.*
6. *There is minimal evidence regarding differences in use of non-physician providers in FFS versus capitated practices.*
7. *There is suggestive evidence of better preventive care performance by salaried and capitated physicians than by FFS physicians.*

*Effects of the range and mix of providers, working relationships and division of labor in multidisciplinary teams on health outcomes, patient and provider satisfaction, and cost-effectiveness with differing patient populations remain to be established.*<sup>233</sup>

But even though there is no current consensus on the exact form that primary care reform should take, the Committee nonetheless believes that it is possible to identify a number of key features that must be part of any reform agenda. As it indicated in Chapter Two (Principles Ten and Eleven), the Committee believes that primary care

***But even though there is no current consensus on the exact form that primary care reform should take, the Committee nonetheless believes that it is possible to identify a number of key features that must be part of any reform agenda.***

<sup>232</sup> Hutchison *et. al.*, *op. cit.*, p. 125.

<sup>233</sup> *Ibid.*, pp. 125-26.

reform should lead to primary care being provided by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day seven days a week, and that the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining, capitation, fee-for-service and other incentives or rewards. Blended remuneration provides incentives for general practitioners both to work hard and to care for a large number of patients as they do now (through fee-for-service funding) and to emphasize preventive care and population health (through capitation funding).

The Committee is convinced that the reform of primary care delivery is essential to ensuring the sustainability of Canada's health care system. As it argued in Chapter Two (Principle Thirteen), the Committee also believes the reform of primary care is necessary in order to create the possibility for primary health care teams to eventually purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.

Therefore, recognizing that:

- The delivery of primary care to the population at large is a provincial responsibility;
- There is widespread support for the significant reform of primary care;
- No single model for reorganizing primary care will be universally applicable;
- Discussion and cooperation amongst all stakeholders is essential to the successful design and implementation of primary care reform;
- Voluntary adhesion to new models of primary care delivery by both providers and consumers is to be preferred.

The Committee recommends:

**That the federal government continue to work with the provinces and territories to reform primary care delivery, and that it provide ongoing financial support for reform initiatives that lead to the creation of multi-disciplinary primary health care teams that**

- **are working to provide a broad range of services, 24 hours a day, 7 days a week;**
- **strive to ensure that services are delivered by the most appropriately qualified health care professional;**
- **utilise to the fullest the skills and competencies of a diversity of health care professionals;**
- **adopt alternative methods of funding to fee-for-service, such as capitation, either exclusively or as part of blended funding formulae;**



- seek to integrate health promotion and illness prevention strategies in their day-to-day work;
- organize themselves so that they develop the capacity to purchase services from hospitals and other institutional providers on behalf of their patients;
- progressively assume a greater degree of responsibility for all the health and wellness needs of the population they serve.



## CHAPTER SEVEN

### TOWARDS A POPULATION HEALTH STRATEGY

---

As the Committee has noted in its Phase One report, it is clear that the state of the health care system affects our health. Services such as childhood immunization, medications to reduce high blood pressure as well as heart surgery all contribute to health and well-being. In fact, estimates by the Canadian Institute for Advanced Research suggest that 25% of the health of the population is attributable to the health care system alone.<sup>234</sup> It is therefore important for governments to ensure that the health care sector continually strives to provide quality and timely services.

It has been estimated that the remaining 75% of the health of the Canadian population is attributable to a multiplicity of factors that include: biology and genetic endowment; income and social support; education; employment and working conditions; physical environment; personal health practices and skills; early childhood development; gender, and culture. The Committee heard repeatedly that, to maintain and improve health status, governments should, in addition to sustaining a good health care system, develop population health strategies. Population health strategies encompass a broad range of activities, ranging from health and wellness promotion, to illness and injury prevention through broader policies and programs that influence income distribution, access to education, housing, water quality, workplace safety, and so on.

There is increasing evidence that investing more human and financial resources in promotion, prevention and population health can improve the health outcomes for a given population. In the end, this can reduce the demand for health services and the pressures on the publicly funded health care system.

Indeed, injury and illness are very costly to the health care system. During Phase Two of its study, the Committee was informed that the total cost of illness and injury was estimated at \$156.4 billion in 1998. Direct costs (such as hospital care, physician services and health research) amounted to \$81.8 billion, while indirect costs (such as lost productivity and lower quality of life) accounted for \$74.6 billion. The diagnostic categories with the highest total costs were cardiovascular diseases, musculoskeletal diseases, cancer, injuries, respiratory diseases, diseases of the nervous system, and mental disorders.<sup>235</sup> According to witnesses, many diseases, and most injuries, can be prevented. In their view, the only way to reverse disease trends and reduce the economic burden of illness is by investing more in health and wellness promotion, disease prevention and population health.

Overall, investment in health and wellness promotion, illness prevention and population health makes good financial sense. This fact was reflected in the 2001 report of the

---

<sup>234</sup> Volume One, p. 81.

<sup>235</sup> Volume Two, p. 49.



Auditor General of Canada which noted that “preventive health activities are estimated to be 6 to 45 times more effective than dealing with health problems after the fact.”<sup>236</sup>

The Committee believes that there are potentially enormous benefits to be derived from health and wellness promotion, illness prevention and population health, primarily in terms of improving health outcomes for Canadians, but also in terms of their financial impact on the publicly funded health care system. We wholeheartedly agree with the Mazankowski report which stated: “It sounds like just good common sense, but perhaps the best way to sustain Alberta’s health care system over the longer term is to take steps to enable people and communities to stay healthy.”<sup>237</sup>

***The Committee believes that there are potentially enormous benefits to be derived from health and wellness promotion, illness prevention and population health, primarily in terms of improving health outcomes for Canadians, but also in terms of their financial impact on the publicly funded health care system.***

In this chapter, the Committee outlines a series of principles based on an approach to population health that we feel should guide policy decisions. These principles flow from the evidence and documentation presented to the Committee, and are designed to lay the groundwork for a future thematic report in which the Committee will make specific recommendations on implementing these principles.

In addition to outlining the rationale behind these principles, this chapter also discusses the importance of a population health approach with regard to improving the health status of Aboriginal Canadians. The Committee wishes to stress that it intends to issue a separate report on the federal role with regard to the health of Aboriginal Canadians, and that the inclusion of a principle in this chapter that affirms the need for a population health approach in this area should not be taken as the Committee’s last word on this crucial subject.

## ***P*** ***inciple 7.1***

### **Individuals should assume responsibility for their own health.**

In 1974, the then federal Minister of Health, the Honourable Marc Lalonde, released a landmark working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians*. This report recognized the impact of individual behaviour on health outcomes, and stressed that individual Canadians should assume greater responsibility of their health, while also identifying broader determinants (such as the environment or socio-economic factors) that have an impact on health outcomes.

<sup>236</sup> Auditor General of Canada, 2001 Report, Chapter 9.

<sup>237</sup> Mazankowski report, p. 14.

The Lalonde Report referred to the “behavioural threats to health” and the “self-imposed risks” that accompanied “city living, habits of indolence, the abuse of alcohol, tobacco and drugs, and eating patterns which put the pleasing of the senses above the needs of the human body.”<sup>238</sup> It also stressed that:

*While it is easy to convince a person in pain to see a physician, it is not easy to get someone not in pain to moderate insidious habits in the interest of future well-being. (...) The view that Canadians have the right “to choose their own poison” is one that is strongly held.*<sup>239</sup>

There is no doubt that individual lifestyle choices have a significant impact on one’s health. A comprehensive report prepared for the Mazankowski Commission shows that lifestyle changes can markedly reduce the incidence and severity of a number of major diseases and leading causes of death and disability, especially heart disease, stroke, hypertension, diabetes and selected cancers. Moreover, the report suggests that many people already know the kinds of thing they should be doing – making healthier eating choices, getting more active, avoiding health risks and stopping smoking. It is not clear, however, why people do not always act on what they know.<sup>240</sup>

The Mazankowski report concluded that, in the context of health care system delivery, better incentives may be needed to encourage people to stay healthy:

*A number of ideas have been suggested for encouraging people to take more responsibility for their own health. Some people have suggested tying health care premiums to actions to stay healthy, providing tax credits or other tax incentives, or using medical savings accounts or some other form of co-payment to give people more control over their own health care spending. Others have suggested there should be penalties for people who do not look after their own health.*<sup>241</sup>

The Committee agrees that individuals should assume responsibility for their own health and that incentives need to be developed to encourage them to do so. We also agree that investment must be made in policies and programs that empower Canadians to make better decisions about their own health. This is an important step if Canada is to sustain publicly funded health care in the long term.

---

<sup>238</sup> Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Working Document, Health and Welfare Canada, April 1974, pp. 5-6.

<sup>239</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>240</sup> Mazankowski report, pp. 14-15.

<sup>241</sup> Mazankowski report, p. 17.

## Principle 7.2

**Government programs that enable individuals to assume greater responsibility for their own health, and particularly health promotion and illness prevention activities, must be given high priority.**

Many witnesses stressed that, though individual Canadians are responsible for their own health, government can play an important role in providing information on how to stay healthy. This point was very well captured in the testimony of Dr. Serge Boucher, from the Hôtel-Dieu Hospital in Quebec City, when he said:

*Health is up to the individual. It is the individual who decides to become obese. It is the individual who decides whether or not to smoke. It is also the individual who decides whether or not he or she should exercise. Should the State intervene? Should the State compel the individual to do something? It is very important that we pinpoint accurately what the State can or must do; namely, looking first of all after the illness. As for health, we can give information.*<sup>242</sup>

It is clear to the Committee that government programs that enable people to be responsible for their own health must be given high priority. This point was stressed as far back as 1974 in the Lalonde report. This view was reiterated again in 1986 when the then federal Minister of Health, the Honourable Jake Epp, released a report entitled *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, which focused on the broader social, economic and environmental determinants of health. Both the Lalonde report and the Epp report underlined health promotion and illness prevention as a complement to the health care system and a means to prevent the occurrence of injuries, illnesses and chronic conditions, and to enhance people's ability to manage and cope with diseases, disabilities and mental health problems.

The Committee believes that programs which enable individuals to be responsible for their own health must be given high priority. An expanded Canadian Health Network, such as the one we advocate in Chapter Four, is one important tool that could furnish Canadians with reliable, evidence-based information on health, injury and illness. Currently, the Canadian Health Network provides health promotion and disease prevention information to Canadians and is considered by many as among the best in the world. The Committee believes that we should build on this success and create a national portal for the Canadian public, which would give Canadians access to comprehensive and trusted health-related information that could support self-care decision making and be strategically linked to provincial and territorial website services to ensure consistency of health-related information across Canada.

Recognizing that Internet-based health information can only be available to those who have access to computers, the Committee believes that government must also pursue public awareness campaigns which can address a wide range of issues, such as the importance of eating healthy food, exercising regularly, not smoking and adopting safe sexual practices. These

---

<sup>242</sup> Dr. Serge Boucher (39:32).



are all important messages that must be reiterated on an ongoing basis. We concur with witnesses that the role of government should not be to prescribe “good behaviour” but rather to help create an environment that allows people themselves to make the right choices.

Providing the “right information” with respect to health and illness and sustaining an ongoing public awareness campaign can significantly contribute to preventing many illnesses and most injuries, thereby improving the overall health status of the Canadian population. For example, with respect to cancer, Dr. Barbara Whylie, Director, Cancer Control Policy, Canadian Cancer Society, pointed out that:

*(...) we know from research, or it has been estimated from research studies, that up to 70 per cent of cancer cases can be avoided by people avoiding exposure to known risk factors, which include tobacco use, diet, physical activity, exposure to the sun and occupational and environmental carcinogens.*<sup>243</sup>

With respect to injury, Dr. Robert Conn, President and Chief Executive Officer, SMARTRISK, told the Committee:

*What is most compelling about injury prevention is that over 90 per cent of all of the injuries that come to the hospital are preventable. They are predictable and preventable.*<sup>244</sup>

Witnesses stressed that health promotion and disease prevention should not be seen as a substitute for the activities of the health care system, or as existing in a world cut off from the treatment of illness and the provision of care. Rather, promotion and prevention activities should be integrated with health services delivery.

Witnesses pointed to the Canadian Heart Health Initiative as an example of a program that exhibits the requisite integration features. The Canadian Heart Health Initiative is a multilevel strategy, linking national, provincial and local health departments. The Initiative is based on a multi-factor approach – one that addresses the major risk factors that are preventable or controllable. It combines research with the implementation of community-based heart health programs, directed primarily at achieving environmental changes supportive of “heart-healthy” habits and lifestyles among the general population.

Finally, the Committee was told that health promotion and disease prevention efforts should not be undertaken only by government. Employers can benefit in investing in prevention in their workplace settings. Edward Buffett, President and Chief Executive Officer, Buffett Taylor & Associates Ltd, Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants, gave an example of how programs initiated at the workplace have a positive impact on health and wellness:

---

<sup>243</sup> Dr. Barbara Whylie (37:135).

<sup>244</sup> Dr. Robert Conn (37:138).

*We have a lot of American data right now that makes it very clear that not only are there savings, but they are very significant. We are looking at organizations like IBM and others claiming that for every \$1 they spend on disease prevention at the worksite they get a \$6 return on their investment.*

*The best example I can give you here in Canada is Husky Injection Molding Systems Ltd. The average rate of absenteeism for their industry is 9.7 per cent. That particular organization, which is a worldwide entity based here in Canada, now has in excess of 2,000 Canadian employees, primarily at their Bolton operation, and has a rate of absenteeism of 1.2 per cent. The savings are phenomenal. Husky Injection Systems provides on-site naturopathic services. They have two physicians who visit the plant on a regular basis. They have a child care centre. Their enlightened initiatives, frankly, have made them a world-class competitive organization. That is the pay-off.<sup>245</sup>*

The Committee is convinced that investment, both by government and the private sector, in health promotion and disease prevention is essential in order to maintain and enhance the health and wellness of Canadians, and that this investment will also make a significant contribution to the sustainability of our publicly funded health care system.

Similarly, with regard to injuries, Dr. Robert Conn of Smartrisk told the Committee that it costs the system \$8.7 billion to treat people who are seriously injured.<sup>246</sup> The Committee believes that more can be done with regard to injury prevention, and agrees with Dr. Conn that a national strategy, encompassing research and appropriate evidence-based programs to help prevent injury, should be seriously considered.<sup>247</sup>

***The Committee is convinced that investment, both by government and the private sector, in health promotion and disease prevention is essential in order to maintain and enhance the health and wellness of Canadians, and that this investment will also make a significant contribution to the sustainability of our publicly funded health care system.***

---

<sup>245</sup> Edward Buffett (37:34-35).

<sup>246</sup> Dr. Robert Conn (37:138).

<sup>247</sup> SMARTRISK Foundation, Brief to the Committee, Oct. 29, 2001, pp. 10-11.

**It is necessary to develop broad population health strategies that are long term, national in scope and based on multi-departmental efforts across all jurisdictions.**

As the Committee has noted in its previous reports,<sup>248</sup> the concept of population health is not a new one and has been widely endorsed by policy-makers at all levels, inside and outside of government. Central to the formulation of policy based on a population health approach is the recognition that a wide range of factors contribute to health outcomes and to the overall health status of communities and individuals. During the Committee's most recent hearings, witnesses gave many vivid examples of the importance of the broad determinants of health. For example, Gary O'Connor, Executive Director, Association of Ontario Health Centres, told the Committee that:

***As the Committee has noted in its previous reports, the concept of population health is not a new one and has been widely endorsed by policy-makers at all levels, inside and outside of government.***

*Over the past century, the most dramatic increases in health and wellness have come from sources other than the curative arts. They have come from safe drinking water, housing, income support and the use of seat belts, to name a few.<sup>249</sup>*

Similarly, Dr. Robyn Tamblyn, Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University, stated:

*We are just beginning to understand the determinants of health. (...) In my mind, what you are trying to tackle is the fact that there are many things that influence people's health. (...) If you really want to start much earlier in the process to determine people's health, then you will have to effectively deal with all these other sectors that will impact on health.<sup>250</sup>*

Throughout its hearings, the Committee heard repeatedly about the numerous long-term benefits that can be derived from population health strategies. However, we also learned that there are a number of difficulties associated with the design and implementation of programs and policies of a population health approach. One of them is the fact that the benefits of population health strategies can often take a long time to become apparent. This has significant consequences in a politicized system that is often not able to focus on the longer term because of the relentless short-term pressures of political life.

<sup>248</sup> See Volume One (Chapter 5), Volume Two (Chapter 4) and Volume Four (Chapter 12).

<sup>249</sup> Gary O'Connor (37:115-116).

<sup>250</sup> Dr. Robyn Tamblyn (40:82).



Another major challenge associated with devising a population health strategy is the difficulty to coordinate government activity in a context where decisions made by different ministries have an impact on health outcomes. Therefore, the responsibility for population health cannot reside exclusively with the minister of health. This difficulty is compounded several times over when the various levels of government are taken into account.

Despite the many difficulties that will have to be overcome, witnesses recognized the need for a multi-departmental and multi-jurisdictional approach to fostering the health and well-being of the Canadian population. For example, Mr. Gary O'Connor, Executive Director, Association of Ontario Health Centres, argued that:

*True health comes from an integrated approach, which would be achieved by partnerships with other ministries within the government and with other governments.<sup>251</sup>*

Multi-departmental efforts would ensure that the policies enacted by various government departments converge towards the same goals. This contrasts with the current situation in which policies may have diverging impacts on health outcomes. Dr. Tamblyn gave the following example:

*In any event, we know that exercise influences glucose metabolism. Hence, the epidemics of diabetes and obesity in younger kids are related to exercise programs. At the same time, the Ministry of Education is cutting education budgets and teachers are refusing to get involved in extracurricular activities. What are we doing? We are ignoring an opportunity to encourage and teach physical fitness. This will have downstream negative effects on health. We are choosing to ignore this and instead to make immediate cuts to education, in order to not achieve the final goal of influencing the determinants of health.<sup>252</sup>*

The Committee heard that in at least one province a serious attempt is being made to find ways to implement a multi-disciplinary, multi-departmental approach to population health. Robert C. Thompson, Deputy Minister, Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador, told the Committee about the Strategic Social Plan (SSP) that has been developed in his province:

*In Newfoundland and Labrador, the institutional infrastructure to mount this type of approach already exists through the Strategic Social Plan, the SSP. The SSP was started in 1998. It involves economic and social departments and agencies in a comprehensive approach to promoting health, education, self-reliance, and prosperity for people in the context of vibrant communities and sustainable regions.*

---

<sup>251</sup> Mr. Gary O'Connor (37:116).

<sup>252</sup> Dr. Robyn Tamblyn (40:83).

*The SSP has resulted in multi-disciplinary committees in seven regions, identifying social priorities that can be achieved through the complimentary activities of many departments and agencies. The SSP also promotes and provides institutional support for cross-departmental planning and policy development.*<sup>253</sup>

Drawing on the experience of his own province, Dr. Roy West (St. John's), President of the Board of Directors of the National Cancer Institute of Canada, stated:

*There must be a national strategic social plan – which we have; Newfoundland is the first province to develop a provincial strategic social plan. Newfoundland is having some difficulty implementing the plan, because of lack of resources, but it is heading in the right direction, in trying to empower communities to make them healthier and to make them economically more viable.*<sup>254</sup>

The Committee believes that there are potentially enormous benefits to be derived from the development of strategies based on a population health approach. We therefore feel that it is important to attempt to overcome any difficulties that confront their elaboration and implementation. The Committee believes that, as a first step in this direction, it is important to look carefully at the experience of provinces in their attempt to implement population health strategies, and in particular at how the federal government can contribute to ensuring that sufficient resources are available.

## ***P*inciple 7.4**

**The federal government should continue to provide leadership in the field of population health and devote more resources to population health strategies.**

Witnesses who appeared before the Committee stressed that the federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health, and many felt that it was imperative for the federal government to once again show leadership in implementing a population health strategy for all Canadians. Dr. Catherine Donovan, Medical Officer of Health, Health and Community Services, Eastern Newfoundland, indicated that,

***Witnesses who appeared before the Committee stressed that the federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health, and many felt that it was imperative for the federal government to once again show leadership in implementing a population health strategy for all Canadians.***

unless the federal government deploys sufficient effort and resources, many of the good ideas that have been pioneered in Canada with regard to population health strategies will lie fallow:

<sup>253</sup> Robert C. Thompson (41:7-8).

<sup>254</sup> Dr. Roy West (41:48-49).

*[Canada] needs adequate resources to support the kind of innovative health promotion and protection programming that is going to have a long term impact on health (...). Canada has always been very good at developing theory and approaches to the promotion of population health, but we have done relatively little to follow the path that earns us international recognition.*<sup>255</sup>

The Committee believes that, because of their importance, serious consideration should be given by the federal government to devoting more attention, effort and resources to the development and implementation of population health strategies. The federal

***The federal government should lead the way in population health by breaking down the ministerial silos that compartmentalize responsibility for health and by coordinating the activities of the different departments whose policies and programs impact on health (health, environment, finance, etc.).***

government should lead the way in population health by breaking down the ministerial silos that compartmentalize responsibility for health and by coordinating the activities of the different departments whose policies and programs impact on health (health, environment, finance, etc.).

## ***P*** **inciple 7.5**

**Government policies should be examined in terms of their impact on health status and health outcomes.**

The broad policy implication that flows from the recognition of the multiplicity of the determinants of health is that it is necessary to devise some sort of mechanism that would allow Canadians to monitor the impact of all government policy on health outcomes. One possible way to do this, which the Committee raised as an option in its previous report,<sup>256</sup> would be to charge a Health Commissioner with the responsibility of reporting to Parliament on the health impact of all federal government policy.

***The broad policy implication that flows from the recognition of the multiplicity of the determinants of health is that it is necessary to devise some sort of mechanism that would allow Canadians to monitor the impact of all government policy on health outcomes.***

A number of witnesses responded favorably to this suggestion by the Committee. For example, Jeff Wilbee, Executive Director, Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario and Addiction Intervention Association, said that "Canada should show world leadership, through a health commissioner, in measuring and improving our population

<sup>255</sup> Dr. Catherine Donovan (41:66).

<sup>256</sup> Volume Four, p. 127.



health status.”<sup>257</sup> Similarly, Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator, Women’s Health Clinic in Winnipeg, stated:

*We very much appreciated your comments about health promotion and population health. We think this is critical, and are delighted with the idea of a commissioner in health impact assessments. We hope these concepts will be enshrined in an act of Parliament. As a matter of fact, the joke around our place is: since we do health impact assessments for the environment, how come we do not do them for people?*<sup>258</sup>

The Committee strongly believes that the monitoring of health outcomes should be at the forefront of government policy. Principle Sixteen in Chapter Two lays out how we believe such monitoring should be performed with respect to health care delivery. Based on this principle, we advocate, in Chapter Four, the creation of a national mechanism, independent from government, responsible for monitoring and assessing the impact of health care policy on the health status of Canadians. The Committee is convinced that a similar mechanism, complementary to the first one, should be established to review and assess the impact of all government policies on health outcomes.

The Committee is convinced that the federal government could set a valuable example by financing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of its policies affecting health. Regardless of the exact nature of the office that would assume this responsibility, the important point is to devise a mechanism that enables all government policy to be screened through a population health lens. This

***The Committee is convinced that the federal government could set a valuable example by financing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of its policies affecting health... the important point is to devise a mechanism that enables all government policy to be screened through a population health lens.***

This would permit an ongoing analysis of health outcomes and provide some measure of overall public accountability. An annual report from such an office that focused on the broad determinants of health could also include prescriptions for how to ensure that all government policies have as positive an effect as possible on the health of Canadians.

---

<sup>257</sup> Jeff Wilbee (37:131).

<sup>258</sup> Madeline Boscoe (30:59).

## Principle 7.6

**Population health strategies must be adapted to local conditions, and their design and implementation must involve local communities.**

The evidence suggests that population health strategies in general must be carefully thought through so that they take into account the realities facing specific communities. For example, people may be less inclined to bike or jog if the streets are unsafe. This implies that rigidly designed programs applied in a uniform and highly centralized fashion are unlikely to succeed. Successful community-based programs combine an understanding of the community, with the participation of the public, and the cooperation of community organizations. Some combination of coordination and decentralized implementation is therefore required.

**Successful community-based programs combine an understanding of the community, with the participation of the public, and the cooperation of community organizations. Some combination of coordination and decentralized implementation is therefore required.**

Witnesses illustrated the importance of tailoring efforts to local conditions with examples from their own experience. Ms. Ingrid Larson, Member Relations Director, Community Health Services Association (Saskatoon), told the Committee:

*In terms of our experience at the west side clinic where we primarily see an urban Aboriginal clientele, the issues we deal with are social determinants of health. There, our nurses do community outreach and community development work. They are very well aware that the issues facing that community are far more than physical health issues. We then work on issues related to housing, nutrition, and all the related issues that have a substantial impact on people's well-being. It is not just about health when it comes to serving that population group. It involves some very complex issues, all of which have to be addressed.*<sup>259</sup>

The Committee acknowledges that the wide range of determinants of health can affect different communities in many different ways. We believe that in order to be able to respond to the particular configuration of health determinants that occur in each community, it is therefore essential

**The Committee acknowledges that the wide range of determinants of health can affect different communities in many different ways. We believe that in order to be able to respond to the particular configuration of health determinants that occur in each community, it is therefore essential to adapt population health strategies as best as possible to local circumstances.**

<sup>259</sup> Ms. Ingrid Larson (31:37).

to adapt population health strategies as best as possible to local circumstances.

## *P*inciple 7.7

**Given its fiduciary and constitutional responsibilities, the federal government should develop a population health strategy for Aboriginal Canadians.**

In Volume Four of its study, the Committee stated unequivocally that in its view, the health of our Aboriginal peoples is a national disgrace and that the federal government must take a leadership role in working to immediately redress this situation.<sup>260</sup>

In Volume Two of its study, the Committee gave an overview of some of the factors that contribute to poorer health outcomes amongst Aboriginal Canadians. We noted in this regard that there are significant socio-economic disparities between Aboriginal peoples and the general Canadian population. Aboriginal peoples are less likely to be in the labour force, and unemployment rates are higher than those of the general population. In 1995, the average employment income of the Aboriginal population was \$17,382 compared to the national average of \$26,474. The Committee also noted that Aboriginal Canadians appear to be the largest population sub-group that is the most at risk of becoming homeless in Canada, and that significant numbers of Aboriginal peoples (43%) live in inadequate housing.<sup>261</sup>

Although it did not hear extensively from Aboriginal representatives during its most recent hearings, the evidence that the Committee did gather pointed again to the many ways in which a population health approach might be suited to developing strategies to address the multi-faceted health problems confronted by Aboriginal communities. For example, the Hon. Edward Picco, Minister of Health and Social Services (Nunavut) reiterated the extent to which problems relating to socio-economic disadvantage afflicted Aboriginal communities, telling the Committee:

*The unemployment rate in Nunavut is over 20 per cent, which compares with the annual Canadian rate of 8 per cent. The average annual income among 85 per cent of our population is well below the Canadian average. Again, it goes back to (...) the socio-economic factors and health determinants.*<sup>262</sup>

He further explained how these kinds of problems have a negative impact on the health status of the Inuit in Nunavut, telling the Committee:

---

<sup>260</sup> Volume Four, p. 132.

<sup>261</sup> Volume Two, pp. 59-60.

<sup>262</sup> 32:23



*Mr. Chairman, I think it is also important to highlight overcrowding in Nunavut because of our housing situation. I am also the minister responsible for homelessness. In Nunavut, if you understand homelessness, you use two terms: one is "relative homelessness," and the other one is "absolute homelessness."*

*Absolute homelessness refers to the people you see on the streets in your larger cities. Relative homelessness is what we have in Nunavut, where 22 people live in a two-bedroom house, and people have to sleep in closets, on the floor, and in shifts on foam mattresses.*

*When you are in an environment like that, Mr. Chairman, when you have colds, the flu, pneumonia, and you are not getting enough to eat, of course your health status goes down. This is happening right now in Canada.<sup>263</sup>*

Evidence such as this confirms the Committee's belief that it is essential to work towards the development of "a comprehensive plan that could meet the health care needs of all Aboriginal peoples in Canada."<sup>264</sup>

***The Committee believes that it is essential to work towards the development of "a comprehensive plan that could meet the health care needs of all Aboriginal peoples in Canada."***

The Committee also previously indicated that the involvement of different jurisdictions in the delivery of health services to Aboriginal communities constituted another obstacle to the coordination of efforts aimed at improving health outcomes for Aboriginal peoples. We pointed out in Volume Two that jurisdictional barriers to the provision of health services to Aboriginal people exist on two levels.<sup>265</sup> One barrier arises from the division of powers between the federal and provincial governments and can lead to some services not being available to all communities equally. This problem was highlighted for the Committee by Minister Picco who stated with regard to Inuit Canadians:

*Mr. Chairman, I have also previously stated that Inuit expect levels of health care that are comparable with other Canadians. To achieve this, we need resources from the Government of Canada. We would strongly recommend that the Government of Canada accept and discharge its responsibility for the 85 per cent of the population of Nunavut who are Inuit.<sup>266</sup>*

Other consequences of having two jurisdictions involved in delivering health services include program fragmentation; problems with reporting mechanisms; inconsistencies,

---

<sup>263</sup> 32:23

<sup>264</sup> Volume Four, p. 132.

<sup>265</sup> Volume Two, pp. 68-70.

<sup>266</sup> 32:27

gaps, or possible overlaps in programs; and impediments to developing a holistic approach to health and wellness.

Witnesses also insisted on the importance of adapting health care delivery and preventive health measures to the concrete realities of Aboriginal communities. Ms Ruth Morin, Chief Executive Officer, Nechi Institute illustrated this point:

*For instance, it became apparent to the Alberta Cancer Board that Aboriginal women had increased rates of breast cancer and were dying at a much higher rate than other Canadian women. It was discovered that Aboriginal women were not coming to get mammograms. Why? Part of the reason was due to travel, but there was also a high rate of sexual abuse associated with the whole residential school thing. Going through the whole process of getting a mammogram was seen as a huge mountain that a lot of people were not willing to climb. However, when a mobile mammogram was brought to the communities and they had lunch and they picked up the ladies and they had child care and things like that, Aboriginal women were more willing to be involved. They liked the safety of their own community, with their own people helping them. The women came, the mammograms were done, and everyone was happier.*

How to achieve an integration of all health related activities in a way that meets the needs of Aboriginal peoples, and involves them in all aspects of the design and implementation of these programs, remains unresolved. This issue was recently raised in the Interim Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada, where it was noted that integration of health services might be fostered by allowing the provinces and territories to take charge to a greater extent:

*Traditionally, Aboriginal peoples have emphasized a more integrated and comprehensive view of health than the current health care system has provided, with its narrower focus on hospital and doctor-delivered health services. In recent decades however, provincial and territorial governments have moved toward a more integrated approach that is perhaps more consistent with traditional Aboriginal perspectives on health. As a result, there has been some movement toward the integration of Aboriginal health services within provincial and territorial health care systems and the creation of Aboriginal-specific health programs.<sup>267</sup>*

---

<sup>267</sup> Interim Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada, p. 41.

This raises the question of whether it would be possible for the provinces and territories to take advantage of the fact that they already are responsible for the delivery of health services to the general population in order to provide services in a more coordinated fashion to Aboriginal peoples as well. The Committee recognizes that there are many of possible ways to reorganize

governmental responsibility for the delivery of health care to Aboriginal peoples in order to achieve a more integrated result, and that further consultation and reflection will be needed before it can issue any recommendations in this regard. Moreover, it is clear to the Committee that whatever arrangements are deemed most suitable, the federal government retains its constitutional and fiduciary responsibilities towards the Aboriginal peoples of Canada. The Committee therefore reaffirms its commitment to "the development of a National Action Plan on Aboriginal Health to improve inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery."<sup>268</sup> One option that should be considered in this context is for the federal government to fund health care programs that would be delivered by the provinces, on reserve as well as off reserve.

***The Committee therefore reaffirms its commitment to "the development of a National Action Plan on Aboriginal Health to improve inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery." One option that should be considered in this context is for the federal government to fund health care programs that would be delivered by the provinces, on reserve as well as off reserve.***

Because of the importance of the issue of the health status of Canada's Aboriginal peoples, the Committee proposes to issue a separate report that will contain its recommendations to the federal government.

---

<sup>268</sup> Volume Four, p. 132.



### **LIST OF PRINCIPLES AND RECOMMENDATIONS BY CHAPTER**

---

#### **CHAPTER TWO:**

#### **PRINCIPLES TO GUIDE THE RESTRUCTURING AND FINANCING OF CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM**

##### **Principle One**

There should be a single funder (insurer) – the government directly or through an arm's length agency – for hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act*.

##### **Principle Two**

There should be stability of, and predictability in, government funding for public health care insurance.

##### **Principle Three**

The federal government should play a major role in sustaining a national health care insurance system.

##### **Principle Four**

The determination of what should be covered under public health care insurance should be done through an open and transparent process. Health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.

##### **Principle Five**

The federal government should contribute on an ongoing basis to fund health care technology.

##### **Principle Six**

The federal government should increase its investment in those areas of health and health care for which it already has a major responsibility.

##### **Principle Seven**

The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.

**Principle Eight**

In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service-based funding.

**Principle Nine**

Regional health authorities should have the responsibility for purchasing hospital services provided by institutions within their region.

**Principle Ten**

Primary care renewal should lead to the provision of primary care by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day seven days a week.

**Principle Eleven**

To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.

**Principle Twelve**

New scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.

**Principle Thirteen**

In the second stage of health care reform, an “internal market” should probably be created in which primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.

**Principle Fourteen**

A national (not exclusively federal) strategy must be developed to achieve both an adequate supply and optimal use of health care providers.

**Principle Fifteen**

Accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of electronic health records (EHR) that can capture and translate information on system performance and outcomes.

**Principle Sixteen**

Measuring treatment outcomes and system performance must become an essential part of the health information system. Such monitoring and evaluation of the health care delivery system should be performed independently at the national (not federal) level and be funded by government.

**Principle Seventeen**

Canada’s publicly funded health care system should be patient-oriented.

### **Principle Eighteen**

Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.

### **Principle Nineteen**

Programs that enable people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given high priority. The federal government can play a leadership role in this regard.

### **Principle Twenty**

For each type of major procedure or treatment, a maximum waiting time should be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to receive immediately the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country.

## **CHAPTER THREE:**

### **FINANCING AND ASSESSING HEALTH CARE TECHNOLOGY**

That the federal government initiate a long-term program to assist provinces and territories in financing both the acquisition and ongoing operation of health care technology. Such a program should incorporate clear accountability mechanisms on the part of the provinces and territories on their use of these targeted federal funds.

That the federal government increase the funding it provides to CCOHTA and other HTA agencies.

That this additional funding be used to strengthen HTA capacity in Canada as well as to improve the dissemination and promotion of HTA findings to health care providers and managers.

That the federal government provide additional funding to the Canadian Institutes for Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation to support research into the potential impact of health care technology on health care costs.

## **CHAPTER FOUR**

### **DEPLOYING A NATIONAL HEALTH INFOSTRUCTURE**

That, once the three- to five-year period is over, the federal government provide additional financial support to Canada Infoway Inc. so that *Infoway* develop, in collaboration with the provinces and territories, a national system of electronic health records.

That the federal government, in collaboration with all stakeholders involved in the computerization of health records, define standards and rules for the collection, storage and use of such information.



That the federal government, in collaboration with the provinces and territories, undertake the establishment of a national system of evaluation on health care system performance and outcomes. Such a national system of evaluation should: 1) be built on existing expertise and institutions; 2) remain independent from governments; and 3) receive appropriate funding from the public purse. The federal government should devote substantial funding to this very important undertaking.

That the federal government maintain its support to rural health and invest in telehealth applications that will enhance access to care and improve the quality of health services in rural and remote communities.

That the federal government, in collaboration with the provinces/territories and stakeholders, develop a national health information portal, building on the success of the Canadian Health Network and the integration of provincial/regional portals.

- As a matter of priority, investments into this national portal should be made in locations where the basic systems infrastructure is inadequate, especially in rural, remote and Aboriginal communities. This would greatly enhance the capacity of all Canadians to access timely and objective electronic health information.

## **CHAPTER FIVE**

### **NURTURING EXCELLENCE IN CANADIAN HEALTH RESEARCH**

That the federal government set, on a regular basis, national goals and priorities for health research in collaboration with all stakeholders.

That the federal government foster multi-stakeholder collaborations when performing, funding and using health research. This should contribute to capitalizing on the best available resources while minimizing overlap and duplication.

That the federal government take a leadership role, through the Canadian Institutes for Health Research and Health Canada, in developing a strategy to encourage interchange of research scientists between government, academia and the private sector, including national voluntary organizations.

That the federal government, through both Health Canada and the Canadian Institutes of Health Research, coordinate and provide resources to ensure that Canada contributes to and benefits from the scientific revolution to maximize the economic, health and social gains for Canadians.

That the federal government:

- Increase, within a reasonable timeframe, its financial contribution to extra-mural health research to achieve the level of 1% of total Canadian health care spending.

- Set and adhere to clear long-term plans for funding health research, particularly through the Canadian Institutes of Health Research. More precisely, the federal government should commit to a five-year planning horizon for the CIHR budget.
- Provide predictable and appropriate investment for in-house health research.

That Health Canada:

- Be provided with the financial and human resources in health research that are required to fulfill its mandate and obligations.
- Engage actively in the establishment of linkages and partnerships with other health research stakeholders.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research, Health Canada and the Canadian Health Services Research Foundation, devote additional funding to health services research and clinical research and that it collaborate with the provinces and territories to ensure that the outcomes of such research are broadly diffused to health care providers, managers and policy-makers.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, provide additional funding to health research aimed at the health of particularly vulnerable segments of Canadian society.

That the federal government provide additional funding to CIHR in order to increase participation of Canadian health researchers, including Aboriginal peoples themselves, in research that will improve the health of Aboriginal Canadians.

That Health Canada be provided with additional resources to expand its research capacity and to strengthen its research translation capacity in the field of Aboriginal health.

That the federal government provide increased resources to the Global Health Research Initiative.

That the federal government require an explicit commitment from all recipients of federally funded health research that they will obtain the greatest possible benefit to Canada, whenever the results of their federally funded research are used for commercial gain.

That the Canadian Institutes of Health Research, while not ignoring the social value of health research that does not result in commercial gain, seek to facilitate appropriate economic returns within Canada from the investments it makes in Canadian health research, whenever the results of investments in Canadian health research are used for commercial gain. In doing so, CIHR should develop an innovation strategy aimed at accelerating and facilitating the commercialization of health research outcomes.

That the federal government invest additional resources to enhance the output of Canadian health researchers and strengthen the commercialization capacity of performers of federally funded health research through CIHR's innovation strategy. This new funding would be additional to the current health research investment. In particular, the funding of the indirect

costs of research by the Canadian granting agencies should be made permanent. Health research performers should be made accountable for the use of these commercialization funds.

That Health Canada initiate, in collaboration with stakeholders, the development of a joint governance system for health research involving human subjects for all research that the federal government performs, that it funds, and that it uses in its regulatory activities.

That Health Canada, in the development of this ethics governance system, regard the following components as essential to progress:

- Work initially on all (health) research that the federal government performs, funds, or uses in its regulatory activities, to develop an effective and efficient system of governance that will become accepted as the standard of care across Canada;
- Give prime importance in the governance system to effective education and training mechanisms for all who are involved in research and research ethics, with certification as appropriate to their different responsibilities;
- Develop standards, based on the *Tri-Council Policy Statement*, the International Conference on Harmonization guidelines applying to clinical trials involving human subjects, and other relevant Canadian and foreign standards, against which research ethics functions or Research Ethics Boards can be accredited or certified as meeting the levels of function that are consistent with the expectations of Canadians and with those in other countries;
- Ensure that the *Tri-Council Policy Statement* is updated and is maintained at the forefront of international policies for the ethics or research involving humans;
- Remove inconsistencies between the various policies under which research involving humans is now governed, and make Canadian standards consistent with those of other countries that affect Canadian research;
- Establish an accreditation or certification process for research ethics functions that is at arm's length from government, but clearly accountable to government;
- Develop the governance system through open, transparent and meaningful consultation with stakeholders.

That all federal departments and agencies require compliance with the standards of the Canadian Council on Animal Care for:

- All research that is carried out in federal facilities, and
- All research that is funded by federal departments or agencies but performed outside federal facilities, and
- All research that is carried out without federal funding or facilities, but that is submitted to or used by the federal government for purposes of exercising its legislated functions.



That regulations such as those proposed by the Canadian Institutes of Health Research receive their fullest and fairest consideration in discussion about providing greater clarity and certainty of the law with the view to ensure that its objectives will be met without preventing important research to continue to better the health of Canadians and improve their health services.

That discussions continue among stakeholders, the Privacy Commissioner, *and* those federal and provincial government departments involved with the provision, management, evaluation and quality assurance of health services.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, design and implement a program of public awareness to foster in Canadians a broad understanding of:

- the nature of, and reasons for, the extensive databases containing personal health information that must be maintained to operate a publicly financed health care system, and
- the critical need to make secondary use of such databases for health research and health care management purposes.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, be responsible for promoting:

- thoughtful discussion and consideration of the ethical issues, particularly informed consent issues, involved with the secondary use of personal health information for health care management and health research purposes;
- thorough examination of the control and review mechanisms needed for ensuring that databases containing personal health information are effectively created, maintained and safeguarded and that their use for health care management and health research purposes is conducted in an open, transparent and accountable manner.

That the Canadian Institutes of Health Research, in partnership with industry and other stakeholders, continue to explore the ethical aspects of the interface between the sectors with a view to ensuring that the collaborations and partnerships function in the best interests of all Canadians.

## **CHAPTER SIX**

### **PLANNING FOR HUMAN RESOURCES IN HEALTH CARE**

That the federal government:

- Work with provincial governments to ensure that all medical schools and schools of nursing receive the funding increments required to permit necessary enrolment expansion.

- Review mechanisms by which direct federal funding could be provided to support expanded enrolment in medical and nursing education, and ensure the stability of funding for the training and education of allied health professionals.
- Review student loan programs available to health care professionals and make modifications to ensure that the impact of inevitable increases in tuition fees, especially as they affect medical students, does not lead to denial of opportunity to students in lower socio-economic circumstances.
- Provide particular tuition support for nursing students, up to and including waiving tuition fees entirely for a limited period of time.
- Work with provincial governments to ensure that the relative wage levels paid to different categories of health professionals reflect the real level of education and training required of them.

That the federal government work with the provinces and medical and nursing faculties to finance places for students from aboriginal backgrounds over and above those available to the general population.

That in order to facilitate the return to Canada of Canadian health care professionals who are working abroad, the federal government should work with the provinces and professional associations to inform expatriate Canadian health professionals of emerging job opportunities in Canada, and explore the possibility of adopting short-term tax incentives for those prepared to return to Canada.

That the federal Government work with other concerned parties to create a permanent national coordinating body for health human resources, to be composed of representatives of key stakeholder groups and of the different levels of government. Its mandate would include:

- disseminating up-to-date data on human resource needs;
- coordinating initiatives to ensure that adequate numbers of graduates are being trained to meet the goal of self-sufficiency in health human resources;
- sharing and promoting best practices with regard to strategies for retaining skilled health care professionals and coordinating efforts to repatriate Canadian health care professionals who have emigrated to other countries;
- recommending strategies for increasing the supply of health care professionals from under-represented groups, such as Canada's Aboriginal peoples, and in under-served regions, particularly the rural and remote areas of the country;
- examination of the possibilities for greater coordination of licensing and immigration requirements between the various levels of government.

That the federal government continue to work with the provinces and territories to reform primary care delivery, and that it provide ongoing financial support for reform initiatives that lead to the creation of multi-disciplinary primary health care teams that

- are working to provide a broad range of services, 24 hours a day, 7 days a week;
- strive to ensure that services are delivered by the most appropriately qualified health care professional;
- utilise to the fullest the skills and competencies of a diversity of health care professionals;
- adopt alternative methods of funding to fee-for-service, such as capitation, either exclusively or as part of blended funding formulae;
- seek to integrate health promotion and illness prevention strategies in their day-to-day work;
- organize themselves so that they develop the capacity to purchase services from hospitals and other institutional providers on behalf of their patients;
- progressively assume a greater degree of responsibility for all the health and wellness needs of the population they serve.

## **CHAPTER 7**

### **TOWARDS A POPULATION HEALTH STRATEGY**

#### **Principle 7.1**

Individuals should assume responsibility for their own health.

#### **Principle 7.2**

Government programs that enable individuals to assume greater responsibility for their own health, and particularly health promotion and illness prevention activities, must be given high priority.

#### **Principle 7.3**

It is necessary to develop broad population health strategies that are long term, national in scope and based on multi-departmental efforts across all jurisdictions.

#### **Principle 7.4**

The federal government should continue to provide leadership in the field of population health and devote more resources to population health strategies.

#### **Principle 7.5**

Government policies should be examined in terms of their impact on health status and health outcomes.



**Principle 7.6**

Population health strategies must be adapted to local conditions, and their design and implementation must involve local communities.

**Principle 7.7**

Given its fiduciary and constitutional responsibilities, the federal government should develop a population health strategy for Aboriginal Canadians.

## APPENDIX B

### LIST OF WITNESSES

---

#### **Monday, October 15, 2001**

*University of Manitoba:*

Linda West, Professor, Asper School of Business

*Frontier Centre for Public Policy:*

Peter Holle, President

*Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:*

Dr. Henry Friesen, Team Leader

Dr. John Foerster

Dr. Audrey Tingle

Chuck Laflèche

*Regional Health Authorities of Manitoba*

Bill Bryant, Chair, Council of Chairs

Kevin Beresford, Chair, Council of CEOs

Randy Lock, Executive Director

*Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation:*

Dr. Nora Lou Roos

*Women's Health Clinic:*

Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator

*Hospice and Palliative Care Manitoba:*

Dr. Paul Henteleff, Chair, Advocacy Committee

John Bond, Member of Advocacy Committee

Margaret Clarke, Executive Director

*Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):*

Paul Moist, President

Lorraine Sigurdson, Health Care Coordinator

*Société franco-manitobaine:*

Daniel Boucher, Chief Executive Officer

*As a walk-on:*

Barry Shtatleman

#### **Tuesday, October 16, 2001**

*Saskatchewan Registered Nurses' Association:*

June Blau, President

*Victorian Order of Nurses:*

Bob Layne, Vice-President, Planning and Government Relations (Western Region)

Lois Clark, Executive Director, VON North Central Saskatchewan

Brenda Smith, National Board Member (Saskatchewan)

*Community Health Services (Saskatoon) Association:*

Kathleen Storrie, Vice-President

Ingrid Larson, Director, Member Relations

*As an individual:*

Dr. John Bury

*Canadian Union of Public Employees (CUPE) Saskatchewan:*

Tom Graham, President, CUPE Saskatchewan

Stephen Foley, President, Health Care Council

John Welden, Health Care Coordinator, Health Care Council

*Saskatoon Chamber of Commerce:*

Dave Ducthuk, President

Kent Smith-Windsor, Executive Director

Jodi Blackwell, Research and Operations Director

*Arthritis Society of Saskatchewan:*

Sherry McKinnon, Executive Director

Joy Tappin, Board Member

*Canadian Parks and Recreation:*

Randy Goulden, Executive Director, Tourism Yorkton

*Métis National Council:*

Gerald Morin, President

Don Fidler, Director, Health Care

**Wednesday, October 17, 2001**

*Premier's Advisory Council on Health (Alberta):*

The Right Honourable Don Mazankowski, P.C., Chair

Peggy Garritty

*Department of Health and Social Services (Nunavut):*

The Hon. Edward Picco, Minister

*Calgary Health Region:*

Jack Davis, CEO

*Capital Health Authority:*

Sheila Weatherill, President and CEO

*Canadian Practical Nurses Association:*

Pat Fredrickson, President

*University of Alberta - Faculty of Nursing:*

Dr. Donna Wilson

*Health Sciences Association of Alberta:*

Elisabeth Ballermann, President

*Alberta Association of Registered Nurses:*

Sharon Richardson, President



*United Nurses of Alberta:*  
Heather Smith, President

*Friends of Medicare:*  
Christine Burdett, Provincial Chair  
Tammy Horne, Member

*As an individual:*  
Kevin Taft, MLA

*Western Canada Waiting List Project:*  
John McGurran, Project Director

*Primary Care Initiative:*  
Dr. June Bergman

*Alberta Consumers Association:*  
Wendy Armstrong

*Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada :*  
George Arès, President

*National Advisory Council on Aging:*  
Pat Raymaker, Chairwoman

*Alberta Council on Aging:*  
Neil Reimer, Secretary/Treasurer

*Nechi Institute:*  
Ruth Morin, Chief Executive Officer  
Richard Jenkins, Director of Marketing and Health Promotion

*Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada - Health Advisory Committee:*  
Louise Rogers  
Kent Harold  
Don Junk

*As a walk-on:*  
Noel Somerville

**Thursday, October 18, 2001**

*Commission on Medicare, Saskatchewan:*  
Ken Fyke, Former Chair

*Tommy Douglas Research Institute:*  
Dave Barrett, Chair  
Marc Eliesen, Co-Chair

*Market-Media International Corporation:*  
Joan Gadsby, President

*University of British Columbia, Family Practice Residency Program:*  
Dr. J. Galt Wilson, Program Director - Prince George Site

*University of British Columbia:*  
Dr. John A. Cairns, Dean of Medicine  
Dr. Joanna Bates, Associate Dean, Admissions

*Health Professions Council:*  
Dianne Tingey, Member  
Gerry Fahey, Research Director

*Cambie Surgery Centre:*  
Dr. Brian Day, Founder

*As an individual:*  
Cynthia Ramsay, Health Economist

*Health Association of British Columbia:*  
Lorraine Grant, Chair of the Board of Directors  
Lisa Kallstrom, Executive Director

*University of British Columbia:*  
Dr. John H. V. Gilbert, Coordinator of Health Sciences

*University of British Columbia - Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:*  
Professor Charles Wright, Director, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation

*University of British Columbia – Centre for Health Services and Policy Research:*  
Professor Barbara Mintzes

*Professional Association of Residents of British Columbia:*  
Dr. Kristina Sharma

#### **Friday, October 19, 2001**

*Canadian Medical Association:*  
Dr. Peter Barrett, Past President  
Dr. Arun Garg, Chair, Council on Health Policy and Economics

*British Columbia Medical Association:*  
Dr. Heidi Oetter, President  
Darrell Thomson, Director, Economics and Policy Analysis

*University of British Columbia, Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry:*  
Dr. Peter D. McLean, Professor and Director

*Maples Surgical Centre (Manitoba)*  
Dr. Mark Godley

#### **Monday, October 29, 2001**

*Canadian Radiation Oncology Services:*  
Dr. Thomas McGowan, President and Medical Director

*Canadian Taxpayers Federation:*  
Walter Robinson, Federal Director

*Canadian Council of Churches:*  
Stephen Allen, Member of Commission for Justice and Peace and Co-Chair of the Commission's Ecumenical Health Care

*Buffett Taylor Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants:*  
Edward Buffett, President and CEO

*As an individual:*  
Michael Rachlis

*Medical Reform Group:*  
Dr. Joel Lexchin

*At Work Health Solutions Inc.:*  
Dr. Arif Bhimji, Founder and President; Medical Director of Liberty Health  
Gery Barry, President and CEO of Liberty Health

*Consumers' Association of Canada:*  
Jean Jones, Chair of the Health  
Mel Fruitman, President

*Ontario Association of Optometrists:*  
Dr. Joseph Chan

*Medical Devices Canada (MEDEC):*  
Peter Goodhand, President

*AstraZeneca:*  
Gerry McDole, President and CEO

*Comcare Health Services:*  
Mary Jo Dunlop, President St. Michael Hospital

*Saint Michael's Hospital:*  
Jeffrey Lozon, President and CEO

*Association of Ontario Health Centres:*  
Gary O'Connor, Executive Director

*Ontario Medical Association:*  
Kenneth Sky, President

*The Arthritis Society:*  
Denis Morrice, President and CEO

*SMARTRISK:*  
Dr. Robert Conn, President and CEO

*Canadian Cancer Society:*  
Dr. Barbara Whyllie, Director, Cancer Control Policy  
Cheryl Mayer, Director, Cancer Control Programs Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario and  
Addiction Intervention Association  
Jeff Wilbee, Executive Director

## **Tuesday, October 30, 2001**

*Canadian Institute for Health Information:*  
Michael Decter, Chairman, Board of Directors

*Ontario Hospital Association:*  
David MacKinnon, President and CEO



*Registered Nurses Association of Ontario:*  
Doris Grinspun, Executive Director

*McMaster University - Department of Economics:*  
Jeremiah Hurley, Professor

*University of Toronto - Public Health Science Department:*  
Dr. Cameron Mustard, Professor

*University of Toronto:*  
Colleen Flood, Professor

*Drug Trading Company Limited:*  
Larry Latowsky, President and CEO  
Jane Farnham, Vice President Pharmacy

*Canadian Pharmacists Association:*  
Ron Elliott, President

*GlaxoSmithKline:*  
Geoffrey Mitchinson, Vice-president, Public Affairs

*Medtronic:*  
Donald A. Hurley, President

*Canadian Association for the Fifty Plus:*  
Dr. Bill Gleberzon, Associate Executive Director  
Lilian Morgenthal, President

*Canadian Association for Community:*  
Cheryl Gulliver, President  
Connie Laurin-Bowie  
Margot Easton

*Roehrer Institute:*  
Cameron Crawford, President

*As individuals:*  
Clement Edwin Babb  
Robert S.W. Campbell

**Wednesday, October 31, 2001**

*As Individuals:*  
The Honourable Claude Forget  
The Honourable Claude Castonguay  
André-Pierre Contandriopoulos, Professor, Faculty of Medicine, University of Montreal

*Hôtel Dieu Hospital:*  
Dr. Serge Boucher

*Conseil du patronat du Québec:*  
Gilles Taillon, President

*Canadian Chamber of Commerce:*

Nancy Hughes-Anthony, President and Chief Executive Officer

Michael N. Murphy, Senior Vice-President, Policy

*As Individuals:*

Jean-Luc Migué

Lee Soderstrom, Professor, Department of Economics, McGill University

*Montreal Economic Institute:*

Michel Kelly-Gagnon, Executive Director

Dr. Edwin Coffey, Retired Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University, and Former President of the Quebec Medical Association

*Frosst Health Care Foundation:*

Dr. Monique Camerlain, President of the Board of Directors

Janet Dunbrack, Executive Director.

**Thursday, November 1, 2001**

*Association des optométristes du Québec:*

Dr. Langis Michaud, President

Marie-Josée Crête, Deputy Director General

Clairmont Girard, Advisor

*Collège des médecins du Québec:*

Dr. Yves Lamontagne, President

Dr. André Garon, Deputy Secretary General

*As an Individual:*

Robert Dorion

*Canadian Life and Health Insurance Association:*

Mark Daniels, President

Greg Traversy, Executive Vice-President

Yves Millette, Senior Vice-President, Quebec Affairs

Frank Fotia, Vice-President, Group Insurance.

*As Individuals:*

Dr. Margaret Somerville, Acting Director, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University

Dr. Robyn Tamblyn, Associate Professor, Department of Economics, McGill University

*Merck Frosst Canada Ltd.:*

Kevin Skilton, Director, Policy Planning

Dr. Terrance Montague, Executive Director, Patient Health

*Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*

Ann Gagnon, Advisor on Health

Yollande Richer, Vice-President, Communications

Myroslaw Smereka, Director General

**Monday, November 5, 2001**

*Department of Health and Community Services, Newfoundland:*

Robert C. Thompson, Deputy Minister

*Department of Health and Community Services, Newfoundland:*

Beverly Clarke, Assistant Deputy Minister

*Victoria Order of Nurses (VON Canada):*  
Patricia Pilgrim, President, St. John's Branch  
Bernice Blake Dibblee, Executive Director, St. John's Branch

*Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador:*  
Sharon Smith, President

*Canadian Union of Public Employees, Newfoundland:*  
Wayne Lucas, President

*As an individual:*  
Maud Peach

*National Cancer Institute of Canada:*  
Dr. Roy West, President

*Health and Community Services, Newfoundland:*  
Dr. Catherine Donovan

*Weight Watchers:*  
Marlene Bayers, Regional Manager

*Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation:*  
Bertha H. Paulse, Chief Executive Officer

*As an individual:*  
Karen McGrath, Executive Director of Health and Community Services St-John's Region

**Tuesday, November 6, 2001**

*Canadian Auto Workers (CAW):*  
Cecil Snow, President, Nova Scotia Health Care Council

*Nova Scotia Association of Health Organizations:*  
Robert Cook, President and CEO

*Insurance Bureau of Canada:*  
George Anderson, President and CEO  
Paul Kovacs, Senior Vice-President Policy and Chief Economist

*Canadian Coalition Against Insurance Fraud:*  
Mary Lou O'Reilly, Executive Director

*Atlantic Institute for Market Studies:*  
Dr. David Zitner, Fellow on Health Policy

*Dalhousie University:*  
Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics  
Dr. Vivek Kusumakar, Head, Mood Disorders Research Group, Department of Psychiatry  
Lawrence Nestman, Professor, School of Health Services Administration

*Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*  
Maxine Barrett

*Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Dalhousie University:*  
Sharon Batt, Chair



*Feminists for Just and Equitable Public Policy:*

Ms. Georgia MacNeil, Chair Person

*Cape Breton Regional Health Care Complex:*

John Malcom, CEO

Dr. Mahmood Naqvi, Medical Director, Cape Breton Regional Facility

*Capital District Health Authority:*

Dr. John Ruedy, Vice-President, Academic Affairs

*Dalhousie University:*

Thomas Rathwell, Professor and Director, School of Health Services Administration

*Canadian Medical Association:*

Dr. Henry Haddad, MD, President

Bill Tholl, Secretary General

Dr. Bruce Wright, President of the Medical Society of Nova Scotia

Dr. Dana W. Hanson, President-Elect

*Dalhousie University:*

Dr. Desmond Leddin, Head, Division of Gastroenterology

Dr. George Kephart, Director, Population Health Research Unit, Department of Community and Epidemiology

Dr. Kenneth Rockwood, Faculty of Medicine, Division of Geriatric Medicine

*Cobequid Community Health Board:*

Ryan Sommers

*Health Canada:*

Anne-Marie Leger, Policy Analyst

**Wednesday, November 7, 2001**

*Department of Health and Social Services, Prince Edward Island:*

The Honourable Jamie Ballem, Minister

*PEI Seniors Advisory Council:*

Heather Henry-MacDonald, Chair

*Canadian Union of Public Employees, PEI Division:*

Bill A. McKinnon, National Representative

Ms. Donalda MacDonald, President

Raymond Léger, Research Representative

*Department of Health and Social Services:*

Mary Hughes-Power, Director of Acute and Continuing Care

Deborah Bradley, Manager of Public Health Policy

*College of Family Physicians of Canada:*

Dr. Peter MacKean, Chairman of the Board

*Queen Elizabeth Hospital:*

Iain Smith, Drug Utilization Coordinator

*PEI Pharmacy Board:*

Neila Auld, Executive Director, PEI

*Queen's Regional Health Authority:*  
Sylvia Poirier, Chair

*West Prince Regional Health Authority:*  
Ken Ezeard, Chief Executive Officer

*Department of Health and Social Services:*  
Dr. Don Ling, Director of Medical Services

*Department of Health and Social Services, Prince Edward island:*  
Rory Francis, Deputy Minister  
Bill Harper, Assistant Deputy Minister  
Jean Doherty, Communications Coordinator

*Southern Kings Health Authority:*  
Betty Fraser, Chief Executive Officer

*Department of Health and Social Services:*  
Susan Maynard, Senior Health Planner  
Kathleen Flanagan-Rochon, Community Services Coordinator

*Evangeline Health Centre:*  
Elise Arsenault, Coordinator

*East Prince Regional Health Authority:*  
David Riley, Chief Executive Officer

*Dalhousie University:*  
Dr. Stan Kutcher, Department Head of the Community Health and Epidemiology/ Psychiatry

#### **Thursday Nov. 8, 2001**

*Faculty of Nursing, University of New Brunswick:*  
Dr. Margaret Dykeman

*New Brunswick Health Care Association:*  
Robert Simpson, Chief Executive Officer

*Canadian Association of Chain Drug Stores:*  
Sherry Porter, Atlantic Canada Representative  
Sandra Aylward, Vice President, Pharmacy Services

*As Individuals:*  
Dr. Russell King, Former Minister of Health, Province of New Brunswick  
William Morrissey, Former Deputy Minister of Health, Province of New Brunswick

*Applied Management:*  
Bryan Ferguson, Partner

*Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:*  
Daniel Thériault, Director General

*Canadian Snowbird Association:*  
Bob Jackson, President

*New Brunswick Senior Citizens Federation Inc.:*

Helen Ladouceur, Member

Eilleen Malone, Member

*Catholic Health Association of Canada:*

Sandra Keon, Secretary Treasurer; and Vice-President of Clinical Programs, Pembroke Hospital

*Miramichi Police Force:*

Michael Gallagher, Corporal, Drug Section

*Canadian Union of Public Employees, New Brunswick:*

Raymond Léger, Research Representative

*Federal Superannuates National Association:*

Rex G. Guy, National President

Roger Heath, Research and Communications Officer

*Union of New Brunswick Indians:*

Nelson Solomon, Director of Health

Wanda Paul Rose, Coordinator

Norville Getty, Consultant

*Nurses Association of New Brunswick:*

Roxanne Tarjan, Director General

#### **Thursday, February 21, 2002**

*Canadian Federation of Nurses Unions:*

Kathleen Connors, President

*Canadian Health Coalition:*

Dr. Arnold Relman, Former editor of New England Journal of Medicine

Michael McBane, National Coordinator

*Federal Superannuates National Co-ordinator:*

Rex G. Guy, National President

Roger Heath, Research and Communications Officer

#### **Thursday, March 7, 2002**

*Canadian Healthcare Association:*

Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO

Kathryn Tregunna, Director, Policy Development

*Canadian Labour Congress:*

Kenneth V. Georgetti, President

Cindy Wiggins, Senior Researcher, Social and Economic Policy Department





## OTHER WRITTEN SUBMISSIONS RECEIVED:

Abell Medical Clinic  
Alberta Centre for Injury Control and Research  
Amgen Canada Inc.  
Ancaster-Dundas-Flamborough-Aldershot New Democratic Party Riding Association Executive Committee  
B.C. Better Care Pharmacare Coalition  
Bruce Bigham  
Brain Injury Association of Nova Scotia  
Canada West Foundation  
Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)  
Canadian Association of Internes and Residents  
Canadian Caregiver Coalition  
Canadian Cochrane Network and Centre  
Canadian Drug Manufacturers Association (CDMA)  
Canadian Strategy for Cancer Control  
Chemical Sensitivities Information Exchange Network Manitoba (CSIENM)  
Conestoga College (Pat Bower, Course instructor)  
Faith Partners (Ottawa)  
Federation of Medical Women in Canada  
Dr. Michael Gordon, Baycrest Centre for Geriatric Care  
Serena Grant  
Home-based Spiritual Care  
Kidney Foundation of Canada  
Kids First Parent Association of Canada  
Dr. Lee Kurisko  
Caterine Lindman  
Jim Ludwig  
Dr. Keith Martin  
Dr. Ross McElroy  
Dr. Malcom S. McPhee  
Verna Milligan  
Moose Jaw-Thunder Creek District Health Board  
Dr. Earl B. Morris  
Fran Morrison  
John Neilson  
Ontario Psychological Association  
Roy L. Piepenburg (Liberation Consulting)  
Red Deer Network in Support of Medicare  
Dr. Robert S. Russell  
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada  
Christa Streicher  
Elaine Tostevin

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie

De la série des rapports sur  
l'état du système de soins de santé au Canada

*La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*  
*Volume Cinq:*  
*Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I*

*Président*  
L'honorable Michael J. L. Kirby

*Vice-présidente*  
L'honorable Marjory LeBreton

AVRIL 2002





## CHAPITRE CINQ

### FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ

---

La recherche en santé a pour objet de créer et d'appliquer de nouvelles connaissances dans les domaines de la santé et des soins de santé. Elle englobe toute une gamme d'activités allant de la recherche biomédicale à la recherche clinique, en passant par la recherche sur les services de santé et sur la santé de la population.

- La recherche biomédicale porte sur les organismes biologiques, les organes et les systèmes d'organes. Dans des recherches de ce genre, on pourrait par exemple utiliser des cultures de cellules ou des tissus animaux ou humains pour tenter de comprendre comment l'organisme contrôle la production de cellules sanguines dans la moelle osseuse, comment la leucémie dérègle ces mécanismes de contrôle et comment rétablir des mécanismes normaux par l'administration de médicaments.
- La recherche clinique consiste à étudier des personnes saines ou malades. Dans des recherches de ce genre, on pourrait par exemple faire des essais cliniques sur des humains pour déterminer l'efficacité et la toxicité d'un nouveau traitement possible de la leucémie qui s'est révélé prometteur au cours de recherches biomédicales de base, puis comparer le nouveau médicament à d'autres en fonction de ses avantages nets pour les patients.
- La recherche sur les services de santé englobe la prestation, l'administration, l'organisation et le financement des soins de santé. On peut citer comme exemple la recherche portant sur les processus de traitement des leucémiques : moyens de diagnostic, hospitalisation, traitement en consultation externe ou à domicile et suivi à long terme à l'hôpital ou dans des services de santé communautaire.
- La recherche sur la santé de la population est centrée sur les grands facteurs qui influent sur l'état de santé (conditions socio-économiques, sexe, culture, niveau d'instruction, etc.). On peut citer comme exemple les études fondées sur de grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels tirés de différentes sources afin de déterminer si l'incidence de la leucémie est liée à des facteurs environnementaux ou autres.

La recherche en santé est la source de nouvelles connaissances sur la santé humaine : comment maintenir un état de santé optimal, comment prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies, comment gérer notre système de soins de santé. Elle permet de mettre au point des pharmacothérapies nouvelles ou améliorées, des traitements, des équipements et des dispositifs médicaux et de nouveaux moyens d'organiser et de dispenser les soins de santé. La recherche en santé contribue également à une meilleure compréhension de l'interaction complexe des facteurs déterminants sociaux, économiques, environnementaux, biologiques et génétiques qui influent sur la santé et sur la prédisposition aux maladies.

D'après les témoignages reçus par le Comité, la recherche en santé favorise la création d'emplois axés sur le savoir, ce qui peut contribuer à l'inversion de l'exode des cerveaux observé dans le pays. Dans l'ensemble, les témoins ont souligné que cette recherche améliore la santé personnelle et économique des Canadiens et renforce notre compétitivité à l'échelle internationale :

*La recherche en santé procure à la société des retombées énormes sur les plans économique, social et des soins de santé. Les emplois créés par ces investissements sont des emplois de grande qualité, bien rémunérés et qui font appel à la matière grise et procurent aux Canadiens une reconnaissance mondiale. Ces investissements favorisent par ailleurs le renouvellement des établissements universitaires partout au pays. Ils aident à former de nouveaux professionnels dans les plus récentes techniques et technologies et apportent un soutien important au système de soins de santé au Canada. Enfin et surtout, les résultats de ces activités entraîneront directement une amélioration du traitement des patients, contribuant ainsi à une population en meilleure santé et plus productive<sup>121</sup>.*

Le Comité a également entendu des témoignages selon lesquels la recherche en santé peut servir de catalyseur du développement économique régional et les innovations qui en découlent peuvent beaucoup contribuer à améliorer la qualité et la viabilité du système canadien de soins de santé. À mesure que les activités de recherche en santé sortent des centres universitaires et des laboratoires du gouvernement pour s'étendre à des milieux plus proches de la collectivité, nous pouvons nous attendre à ce que la qualité des soins s'améliore parce que les fournisseurs de soins participant à des recherches sur la santé seront davantage branchés sur l'information la plus récente dans le domaine. Dans l'ensemble, la recherche en santé offre des perspectives extraordinaires de progrès tant sur le plan économique que sur celui des soins.

Le Comité est d'avis que le Canada doit participer activement à la recherche en santé pour en retirer sa part d'avantages. Il croit fermement aussi que le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer comme facilitateur, catalyseur, intervenant, conciliateur et coordonnateur de l'ensemble des efforts déployés pour favoriser l'excellence dans la recherche en santé. Le présent chapitre aborde une série de questions, comprenant le financement, les partenariats et l'éthique, qui méritent à notre avis, beaucoup d'attention, si le Canada veut parvenir aux degrés les plus élevés de l'excellence dans la recherche en santé<sup>122</sup>.

***Le Comité croit que le Canada doit participer activement à la recherche en santé pour en retirer sa part d'avantages.***

## **5.1 Assumer le leadership dans la recherche en santé**

Comme le montre le tableau 1, la recherche en santé au Canada se caractérise par un réseau complexe comprenant un vaste éventail de disciplines et une multiplicité

<sup>121</sup> Dr Barry D. McLennan, président de la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé (CRBS), *L'amélioration du climat de la recherche en santé au Canada*, mémoire présenté au Comité le 9 mai 2001, p. 2.

<sup>122</sup> Le Comité signale que les sections 5.1 et 5.2 du présent chapitre sont inspirées d'un discours prononcé par le Dr Kevin Keough, expert scientifique en chef à Santé Canada, lors de la troisième Conférence annuelle Amyot organisée par le Ministère. Le Comité a trouvé que cette conférence expliquait d'une manière très utile les défis et les perspectives de la recherche en santé.



d'intervenants menant des activités de recherche à différents endroits. Au Canada, la recherche en santé est effectuée par les universités, les hôpitaux universitaires, des entreprises, des organismes gouvernementaux et des organismes sans but lucratif. Elle est financée par différentes sources publiques et privées, canadiennes et étrangères.

**TABLEAU 1**  
**LE RÉSEAU CANADIEN DE LA RECHERCHE EN SANTÉ**

DISCIPLINES	LIEUX	SOURCES DE FINANCEMENT
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disciplines cliniques</li> <li>▪ Sciences sociales et humanités</li> <li>▪ Épidémiologie</li> <li>▪ Sciences de la vie</li> <li>▪ Biologie cellulaire et moléculaire</li> <li>▪ Chimie</li> <li>▪ Génie</li> <li>▪ Informatique et mathématiques</li> <li>▪ Services de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milieu universitaire (universités, hôpitaux universitaires, instituts de recherche)</li> <li>▪ Secteur privé</li> <li>▪ Gouvernement</li> <li>▪ Cabinets de médecins</li> <li>▪ Organismes communautaires</li> <li>▪ Hôpitaux communautaires</li> <li>▪ Autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gouvernements (fédéral, provinciaux, ministères, organismes de financement)</li> <li>▪ Organisations non gouvernementales et organismes bénévoles nationaux</li> <li>▪ Sources internationales</li> <li>▪ Secteur privé</li> <li>▪ Universités</li> <li>▪ Autres</li> </ul>

Les différents intervenants dans la recherche en santé collaborent entre eux de diverses manières, établissant des relations gouvernement-université, université-secteur privé et gouvernement-secteur privé. En fait, le Comité a appris des témoins que la science est un continuum et que les multiples composantes de la recherche en santé ne peuvent pas exister indépendamment les unes des autres. Chaque composante a un rôle important, quoique changeant, à jouer dans la recherche pour procurer le maximum d'avantages aux Canadiens.

Le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle important dans le financement, l'exécution et l'utilisation de la recherche en santé. Il soutient financièrement la recherche effectuée dans les universités, les hôpitaux universitaires et les instituts de recherche (recherche extra-muros), il mène lui-même des recherches sur la santé dans ses propres laboratoires (recherche intra-muros) et il utilise les résultats des recherches faites ailleurs. De plus, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans la définition des priorités nationales de la recherche en santé.

Le Comité convient, avec les auteurs d'un rapport publié en 1999 par le Conseil d'experts en sciences et en technologie, que la recherche en santé effectuée, financée et utilisée par le gouvernement fédéral doit être de la plus haute qualité. Elle doit, preuves à l'appui,

***Le Comité convient que la recherche en santé effectuée, financée et utilisée par le gouvernement fédéral doit être de la plus haute qualité. Elle doit, preuves à l'appui, satisfaire aux normes internationales d'excellence en sciences, en technologie et en éthique, ou les dépasser.***



satisfaire aux normes internationales d'excellence en sciences, en technologie et en éthique, ou les dépasser<sup>123</sup>.

Le Comité a été informé qu'au fur et à mesure de l'augmentation du coût, de la complexité et du rythme de progression de la recherche en santé, les organismes de recherche n'ont, à eux seuls, ni les ressources ni l'expertise nécessaires pour travailler indépendamment :

*Les chercheurs ont de tout temps travaillé dans l'isolement, menant leurs propres programmes de recherche et vivant de subventions successives. Cette approche fragmentaire, au jour le jour, n'est tout simplement plus envisageable dans un monde où la complexité des sciences impose de mettre en commun les ressources disponibles<sup>124</sup>.*

Lors de la troisième Conférence annuelle Amyot organisée par Santé Canada, le Dr Kevin Keough, expert scientifique en chef du Ministère, a déclaré qu'il est nécessaire d'adopter une approche inclusive (ou horizontale) de la recherche en santé et de trouver de nouveaux moyens de former des partenariats, c'est-à-dire de regrouper des équipes pluridisciplinaires de scientifiques recrutés dans l'ensemble du système de la recherche en santé et de réunir leurs ressources intellectuelles, financières et matérielles pour mener les recherches nécessaires, et ce, afin de mieux comprendre le monde complexe et hautement interdépendant dans lequel nous vivons<sup>125</sup>.

Le Comité convient avec le Dr Keough qu'il est de la plus haute importance de maintenir des partenariats efficaces et de répartir les efforts des partenaires individuels de façon à maximiser les résultats de la recherche en santé. À notre avis, des approches complémentaires et conjointes de la recherche en santé sont non seulement réalisables et économiques, mais elles contribuent aussi à de meilleurs résultats pour tous les intervenants. Cet objectif fondamental ne peut être atteint que si le rôle du gouvernement fédéral continue à s'adapter à l'environnement changeant de la recherche en santé. À part son rôle dans l'exécution, le financement et l'utilisation de la recherche, le gouvernement fédéral doit devenir plus actif comme catalyseur et facilitateur.

***Le Comité convient qu'il est de la plus haute importance de maintenir des partenariats efficaces et de répartir les efforts des partenaires individuels de façon à maximiser les résultats de la recherche canadienne en santé.***

Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral devrait assumer le leadership de la recherche canadienne en santé et, par conséquent, recommande :

**Que le gouvernement fédéral établisse, sur une base régulière et en collaboration avec tous les intervenants, des objectifs et des priorités nationaux pour la recherche en santé.**

<sup>123</sup> Conseil d'experts en sciences et en technologie, *Vers l'excellence en sciences et en technologie (VEST) : Les rôles du gouvernement fédéral dans les activités liées aux sciences et à la technologie*, décembre 1999, p. 5.

<sup>124</sup> The Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, *Seizing the Future – Health as an Engine of Economic Growth for Western Canada*, résumé du rapport, août 2001, p. 2.

<sup>125</sup> Dr Kevin Keough, Conférence Amyot, octobre 2001.

**Que le gouvernement fédéral favorise la collaboration entre différents intervenants lorsqu'il exécute, finance et utilise des recherches en santé. On pourrait ainsi disposer des meilleures ressources possibles, tout en réduisant au minimum le chevauchement et le double emploi.**

Le D<sup>r</sup> Keough a souligné que le gouvernement fédéral devrait, pour commencer, encourager l'échange de chercheurs en santé entre le gouvernement, le monde universitaire et le secteur privé. Une circulation plus libre des scientifiques rehausserait la qualité de la recherche en santé, améliorerait la qualité des conseils donnés au gouvernement en matière de sciences et de recherche, maximiserait la contribution des scientifiques canadiens à l'ensemble de la communauté de la recherche en santé et contribuerait au renouveau de la base scientifique dans tous les secteurs. Le Comité a des vues semblables à cet égard. Par conséquent, il recommande :

**Que le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, dans l'élaboration d'une stratégie visant à encourager l'échange de chercheurs entre le gouvernement, le milieu universitaire et le secteur privé, y compris les organisations bénévoles nationales.**

Le Comité souhaite reconnaître le rôle important joué par les organisations bénévoles nationales dans la recherche en santé. Ces organisations sont des intermédiaires clés, au niveau national, entre la recherche et l'application de ses résultats par transfert de connaissances aux chercheurs, aux fournisseurs de soins et au public. Le Comité est d'avis que, compte tenu de leurs connaissances et de leur expérience, ainsi que de l'importance des activités de recherche en santé qu'elles appuient, les organisations bénévoles nationales doivent participer à la collaboration entre les intervenants dans la recherche en santé.

## **5.2 S'engager dans la révolution scientifique**

Les témoins ont dit au Comité que la recherche en santé, aussi bien au Canada qu'ailleurs dans le monde, subit actuellement les effets d'une révolution scientifique. Ils ont expliqué que cette révolution est due aux progrès réalisés en génomique, en ingénierie et en biologie cellulaire. La recherche dans ces disciplines aura de profonds effets sur la détection, le diagnostic et le traitement de différentes maladies liées à la génétique. L'explication des processus physiologiques associés aux diverses affections exigera des années d'efforts pour identifier les gènes en cause et déterminer leur interaction.

*Nous sommes au milieu d'une profonde révolution mondiale alimentée par notre compréhension toujours croissante du fondement moléculaire de la vie, de la biologie humaine et de la maladie. Comme les révolutions antérieures de la science, celle-ci est menée par la collision entre diverses disciplines et approches : génétique, biologie moléculaire, l'ensemble des sciences de la vie, [l'informatique] et les méthodes de calcul, les petites molécules et la chimie de surface, la bioéthique, l'épidémiologie, l'économie de la santé, les sciences sociales et les humanités. Le rythme de cette révolution de la recherche*



*en santé n'a pas encore cessé de s'accélérer sous l'effet d'importants investissements mondiaux des gouvernements, du secteur privé et de philanthropes*<sup>126</sup>.

À mesure que le projet du génome humain tire à sa fin, le prochain défi consistera à comprendre le rôle des quelque 30 000 à 40 000 gènes que les humains semblent posséder. Ces gènes codent tout l'ensemble des protéines ou protéome, qui en compterait 2 millions. Par conséquent, la prochaine frontière en biologie est probablement celle de la protéomique, catalogue et fonctions de toutes les protéines des organismes vivants, qui est beaucoup plus complexe et prometteuse que la génomique.

De même, les progrès en génie biomédical et en miniaturisation à l'échelle moléculaire favoriseront le développement de dispositifs diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus perfectionnés qui permettront l'administration de médicaments à cible définie, les essais biologiques, l'imagerie moléculaire et les réparations de tissus et d'organes. Le Canada a des chances réelles de devenir un chef de file mondial dans le domaine de la *nanotechnologie* ou *nanomédecine*.

L'étude et l'utilisation des cellules souches sont un autre bon exemple des répercussions possibles de la recherche sur la santé et les soins. Les cellules souches, quelle que soit leur origine, ont la propriété très particulière de donner naissance à des cellules à fonction spécialisée. À l'heure actuelle, tant le monde de la recherche que les autres intervenants sont très enthousiastes quant aux possibilités des cellules souches provenant de tissus embryonnaires ou adultes. On s'attend à ce que la recherche sur ces cellules débouche sur des traitements d'affections graves telles que la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, le diabète et les lésions de la moelle épinière. On croit aussi, en général, qu'il sera possible un jour de manipuler ces cellules pour produire presque n'importe quels tissus, ce qui permettra de disposer des organes dont on a tellement besoin pour les transplantations.

Des chercheurs ont récemment réussi à programmer des cellules souches tirées d'embryons humains pour qu'elles produisent de l'insuline, fonction normalement réalisée par les cellules spécialisées des îlots pancréatiques. Si ces recherches permettent de guérir le diabète, qui est actuellement traité par des injections régulières d'insuline, elles n'amélioreront pas seulement la qualité de vie des patients, mais réduiront aussi le fardeau économique de la maladie. Dans une étude différente, des chercheurs sont parvenus à utiliser des cellules souches prélevées sur la peau d'animaux pour produire des neurones, du tissu musculaire et des cellules adipeuses.

Parmi les autres domaines dans lesquels la révolution scientifique a des effets marqués, il y a lieu de mentionner la chimie et l'informatique, où les progrès de la modélisation moléculaire s'alliant à la chimie synthétique sont en train de changer la façon dont les nouveaux médicaments sont découverts. De plus, la bioinformatique et la robotique influenceront également sur la recherche en santé.

Dans cette recherche, la révolution scientifique ne se limite pas aux travaux de base et à la recherche biomédicale. Elle est en train de créer des perspectives extraordinaires dans les domaines de la recherche sur les services de santé et sur la santé de la population. Plus que

---

<sup>126</sup> Dr Alan Bernstein, président des IRSC, *Health Research Revolution – Innovation Will Shape This Century*.



jamais auparavant, des recherches sont effectuées au Canada et à l'étranger pour trouver de nouveaux moyens de dispenser des soins de qualité et de comprendre les effets de l'interaction des déterminants qui agissent sur la santé d'une population.

À la troisième Conférence annuelle Amyot, le D<sup>r</sup> Keough a souligné que les progrès de la recherche en santé et la nécessité pour les gouvernements et les particuliers de tenir compte de ces progrès continueront à s'accélérer. Cela signifie que les gouvernements doivent être en mesure d'exécuter et d'utiliser de bonnes recherches scientifiques axées sur le bien public. L'efficacité avec laquelle le gouvernement intégrera les progrès découlant de nouveaux secteurs tels que la biotechnologie et la nanotechnologie dépend de ce principe.

Le Comité convient avec le D<sup>r</sup> Keough qu'il est impératif pour le Canada de relever les défis qu'apporte la révolution scientifique. Nous sommes convaincus que les pays dotés d'un solide réseau de recherche en santé sont plus capables que les autres d'utiliser les progrès et les innovations pour créer des services de santé efficaces et économiques, des cadres stratégiques et réglementaires pouvant soutenir la concurrence internationale, des produits nouveaux ou adaptés et de nouvelles activités de promotion de la santé. Un milieu dynamique de recherche en santé contribue à l'amélioration de la santé, de la qualité de vie et du système des soins de santé. Cela, à son tour, suscite la confiance du public et engendre un milieu d'affaires dynamique et une économie forte.

Comme le D<sup>r</sup> Keough, le Comité croit que les sciences et l'économie vont de pair et que le gouvernement a un rôle essentiel à jouer pour maximiser les avantages pour le Canada et ses citoyens. De toute évidence, le travail scientifique de qualité est coûteux, mais il est encore plus coûteux de ne pas le faire. Les développements scientifiques se multiplient rapidement, et une concurrence féroce règne dans ce domaine. Comme beaucoup de témoins, le Comité est persuadé que le Canada ne peut pas se permettre de prendre du retard. Les avantages possibles comprennent un transfert de connaissances rapide et rentable et la conversion de ces connaissances en avantages tangibles pour la population canadienne.

***Comme le D<sup>r</sup> Keough, le Comité croit que les sciences et l'économie vont de pair et que le gouvernement a un rôle essentiel à jouer pour maximiser les avantages pour le Canada et ses citoyens.***

Le Comité est d'avis que, pour relever un défi de cette envergure, il faudra un effort concerté de la part du gouvernement, du secteur privé, du milieu universitaire, des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux. Chacun de ces partenaires a un rôle précis à jouer. Toutefois, c'est le gouvernement fédéral qui doit assurer la coordination et le soutien, par l'entremise de ses ministères et organismes, et notamment les IRSC et Santé Canada. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise aussi bien de Santé Canada que des Instituts de recherche en santé du Canada, assure la coordination et fournisse les ressources nécessaires pour que le Canada contribue à la révolution scientifique et en bénéficie, de façon à en maximiser les avantages économiques, sanitaires et sociaux pour les Canadiens.**

### 5.3 Garantir un environnement de recherche prévisible

Le rapport de la phase deux de l'étude du Comité a montré que le gouvernement fédéral a une longue tradition de financement de la recherche en santé<sup>127</sup>. Les estimations les plus récentes de Statistique Canada révèlent que la majorité (environ 79 %) des recherches en santé bénéficiant d'un financement fédéral sont « extérieures », en ce sens qu'elles ont lieu dans les universités et les hôpitaux (68 %), dans des organismes privés sans but lucratif (6 %) et dans des entreprises (4 %)<sup>128</sup>.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, constituent le principal organisme fédéral de financement de la recherche dans ce domaine. En fait, les IRSC sont la seule entité fédérale dont le budget soit intégralement consacré à la recherche en santé. Leur création, en 2000, représentait une importante évolution du mandat du Conseil de recherches médicales du Canada (CRM). Ils sont maintenant responsables du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), qui était auparavant le principal instrument de financement de la recherche extérieure en santé. Malgré la création des IRSC, Santé Canada s'occupe encore du financement de certaines recherches extérieures dans une foule de domaines (santé des enfants, santé des femmes, santé des Autochtones, etc.).

Il y a en outre un certain nombre d'organismes fédéraux axés sur la recherche dont le financement est entièrement centré sur la recherche en santé. Il s'agit surtout de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).

De plus, le Canada compte, plusieurs sources fédérales secondaires de financement de la recherche extérieure en santé. Plus précisément, le gouvernement fédéral est responsable de plusieurs conseils, agences et programmes de recherche qui consacrent (dans diverses mesures) une partie de leur budget à des recherches liées à la santé, comme le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), le Programme des chaires de recherche du Canada (PCRC) et les Réseaux de centres d'excellence (RCE)<sup>129</sup>. Le gouvernement fédéral a également financé Génome Canada, société sans but lucratif consacrée à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de recherche sur le génome.

Les autres recherches en santé financées par le gouvernement fédéral (environ 21 %) sont internes, étant effectuées dans des installations fédérales. Celles-ci se trouvent à Santé Canada, Statistique Canada, le Conseil national de recherches, Développement des ressources humaines Canada, Agriculture Canada, Environnement Canada (en partenariat avec Santé Canada) et l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

---

<sup>127</sup> Volume deux, p. 97-108.

<sup>128</sup> Statistique Canada, *Estimations des dépenses totales au titre de la recherche et du développement dans le secteur de la santé au Canada, 1988 à 2000*, n° 88F0006XIB01006 au catalogue, avril 2001.

<sup>129</sup> Les RCE sont appuyés et supervisés par les trois organismes subventionnaires canadiens (les IRSC, le CRSNG et le CRSH). Il y a lieu de mentionner que huit réseaux, sur les 22 RCE actuellement financés, mènent des recherches dans les domaines suivants : arthrite, maladies bactériennes, vaccins et immunothérapie pour le cancer et les maladies virales, accidents vasculaires cérébraux, application de l'information sur la santé, maladies génétiques, cellules souches et ingénierie des protéines. Certains autres RCE peuvent avoir des répercussions sur la santé et les soins de santé (par exemple l'Institut de robotique et d'intelligence des systèmes ou le Réseau canadien de l'eau).



### 5.3.1 Le financement fédéral de la recherche en santé

Le gouvernement fédéral a démontré à maintes reprises son engagement envers la recherche en santé. Le Comité se félicite de la haute priorité accordée à la recherche dans le discours du Trône de 2001 et, en particulier, de l'augmentation qui y est annoncée du financement de la recherche en santé :

*Notre objectif, audacieux s'il en est, doit être de nous faire reconnaître comme l'un des pays les plus novateurs du monde. [...] Nous devons voir à hisser le Canada au rang des cinq pays les plus avancés au chapitre de la recherche-développement, et ce, d'ici 2010.*

[...]

*Le gouvernement augmentera à nouveau de manière substantielle les fonds destinés aux Instituts de recherche en santé du Canada. Ces fonds additionnels leur permettront d'accroître la recherche sur la prévention et le traitement des maladies, les déterminants de la santé et l'efficacité du régime de soins<sup>130</sup>.*

Le Comité reconnaît également que la création des IRSC constituait une grande réalisation dans le domaine de la recherche en santé. Nous nous félicitons de l'augmentation du financement des IRSC annoncée dans l'exposé budgétaire de décembre 2001 en dépit des fortes pressions financières qui s'exerçaient sur le gouvernement fédéral. De plus, la création et le financement de la Fondation canadienne pour l'innovation en 1997, suivi par l'établissement des bourses d'études du millénaire, du Programme des chaires de recherche du Canada et de Génome Canada sont des indications claires du fait que la recherche et l'innovation en santé font partie intégrante de la politique publique du Canada relative à la santé.

Tout le long des audiences, les témoins ont dit au Comité que, même si le financement fédéral assure un appui important à la recherche en santé, le Canada ne se compare toujours pas favorablement aux autres pays industrialisés à cet égard. En fait, le rôle du gouvernement national dans le financement de la recherche en santé, exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant, est beaucoup plus important aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Australie qu'au Canada. Par exemple, comme le mentionne le rapport de la phase deux de l'étude du Comité, en 1998, le gouvernement américain a consacré à la recherche en santé, par habitant, quatre fois plus que le gouvernement canadien<sup>131</sup>.

***Tout le long des audiences, les témoins ont dit au Comité que, même si le financement fédéral assure un appui important à la recherche en santé, le Canada ne se compare toujours pas favorablement aux autres pays industrialisés à cet égard.***

Les témoins ont été unanimes à recommander que la part du gouvernement fédéral dans les dépenses de recherche extra-muros en santé soit portée de son niveau actuel d'environ 0,5 % à 1 % des dépenses consacrées aux soins de santé au Canada. Cela nécessiterait de porter le budget actuel des IRSC de son niveau actuel de 560 millions de dollars à 1 milliard

<sup>130</sup> Gouvernement du Canada, *Discours du Trône*, première session de la 37<sup>e</sup> législature, 30 janvier 2001.

<sup>131</sup> Volume deux, p. 101.



de dollars. D'autres ressources devraient également aller à la recherche en santé réalisée dans les installations fédérales (que nous abordons dans la section suivante). Dans l'ensemble, l'augmentation des fonds affectés à la recherche extérieure et intérieure en santé rapprocherait la contribution fédérale du niveau des gouvernements nationaux d'autres pays de l'OCDE. Fait plus important, cela assurerait le maintien de la recherche en santé comme secteur de pointe dynamique et innovateur.

Les témoins ont porté une autre préoccupation à l'attention du Comité : le caractère à long terme de la recherche s'accommode mal de l'horizon limité de la planification budgétaire actuelle. À l'échelle internationale, la recherche de haut calibre est très concurrentielle et nécessite des engagements à long terme. Les jeunes chercheurs, dont dépend l'avenir de la recherche canadienne, engagent leur carrière sur la base de leur perception de l'environnement à long terme de la recherche. Le Canada ne pourra pas attirer et garder les éléments brillants sans leur ménager un excellent environnement de recherche. La recherche fait abstraction des frontières nationales. Le monde reconnaît l'excellence et livre une vigoureuse concurrence pour l'obtenir.

Le Comité appuie fortement le point de vue selon lequel les fonds consacrés à la recherche en santé doivent servir à encourager les esprits les plus brillants. Les deux tiers au moins de ces fonds vont aux salaires et aux allocations de formation de chercheurs, d'adjoints de recherche, de techniciens et de stagiaires aussi hautement qualifiés que motivés. En définitive, le défi du Canada dans la recherche en santé est d'attirer et de conserver des personnes aux talents exceptionnels.

***Le Comité appuie fortement le point de vue selon lequel les fonds consacrés à la recherche en santé doivent servir à encourager les esprits les plus brillants.[...] En définitive, le défi du Canada dans la recherche en santé est d'attirer et de conserver des personnes aux talents exceptionnels.***

Le rôle du gouvernement fédéral est essentiel dans cette concurrence livrée pour attirer les bons chercheurs. En particulier, les IRSC constituent la source de fonds à long terme pour les activités de recherche suscitées par les chaires de recherche, la Fondation canadienne pour l'innovation et Génome Canada, qui augmentent considérablement la possibilité pour le Canada d'exceller dans le domaine de la recherche. Les IRSC sont aussi un partenaire essentiel pour la recherche suscitée par les nombreux organismes caritatifs de recherche en santé.

Dans l'ensemble, le Comité croit que le gouvernement fédéral doit établir et maintenir la stabilité à long terme de l'environnement canadien de la recherche en santé. Un financement prévisible d'un niveau suffisant constitue un préalable nécessaire. La recherche en santé est un investissement à long terme : de nombreux projets s'étendent sur toute la carrière d'un chercheur et les subventions sont ordinairement accordées pour des périodes de trois à cinq ans, ce qui est tout simplement incompatible avec le principe d'une allocation budgétaire annuelle aux IRSC. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral :**

- **augmente, dans un laps de temps raisonnable, sa contribution financière à la recherche extérieure en**

santé, de façon à atteindre un niveau de 1% des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada;

- établit des plans à long terme clairs pour le financement de la recherche en santé, et s'y conforme, particulièrement par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada. Plus précisément, le gouvernement fédéral devrait adopter un horizon de planification de cinq ans pour le budget des IRSC;
- fasse un investissement prévisible et suffisant dans la recherche interne en santé.

### 5.3.2 La recherche fédérale interne en santé

Selon un rapport du Conseil d'experts en sciences et en technologie, le gouvernement fédéral doit clairement effectuer des recherches internes : il doit disposer de capacités suffisantes de recherche pour être en mesure de s'acquitter des grandes fonctions suivantes :

- soutenir la prise de décisions, l'élaboration des politiques et la réglementation;
- élaborer et gérer des normes;
- répondre aux besoins du public en matière de santé, de sécurité, d'environnement et/ou de défense;
- faciliter le développement économique et social<sup>132</sup>.

Autrement dit, pour que le gouvernement fédéral puisse élaborer des politiques et faire respecter des règlements, il a besoin de capacités de recherche internes. De plus, il doit avoir accès à une information scientifique et technique de la plus haute qualité dans des délais correspondant à ses besoins. À défaut d'utiliser les meilleures données et analyses disponibles, le gouvernement s'expose à être jugé responsable d'éventuels dommages causés par ses décisions.

Santé Canada est le principal au niveau fédéral intervenant dans le domaine de la recherche interne en santé, cette fonction étant essentielle à l'exécution de son mandat. Le Ministère a le devoir de préserver et d'améliorer la santé de la population du Canada et d'assurer sa sécurité. Santé Canada doit donc, en plus d'accéder à une information scientifique et technique de la plus haute qualité, obtenir des conseils lui permettant d'élaborer des politiques et de mettre en vigueur des règlements. La capacité de recherche interne nécessite des compétences dans les domaines suivants :

- la situation et la propagation des maladies;

---

<sup>132</sup> Conseil d'experts en sciences et en technologie, *Vers l'excellence en sciences et en technologie (VEST) : Les rôles du gouvernement fédéral dans les activités liées aux sciences et à la technologie*, 16 décembre 1999, p. 12. Le CEST est formé d'un groupe d'experts extérieurs qui conseillent le gouvernement fédéral sur les questions de sciences et de technologie.

- la sécurité des aliments, de l'eau et des produits de santé, y compris les produits pharmaceutiques;
- les questions liées à la qualité de l'air;
- le respect des obligations en matière de promotion de la santé.

Pour assumer ces responsabilités, les chercheurs de Santé Canada doivent posséder des connaissances et des compétences indépendantes dans tout un éventail de disciplines scientifiques, allant des sciences du comportement à la biologie cellulaire et moléculaire. De plus, Santé Canada doit posséder des capacités internes suffisantes pour assimiler, interpréter et extrapoler les connaissances obtenues par d'autres partenaires de la recherche en santé. Enfin, le Ministère doit pouvoir recourir facilement à des compétences et à des installations dont il ne dispose pas lui-même dans ses ressources internes.

Dans l'ensemble, le Comité a appris que Santé Canada joue un rôle unique. Pour remplir son mandat, le Ministère doit être en mesure de donner des conseils scientifiques indépendants de la plus haute qualité, dans le cadre des responsabilités que lui confère la loi, d'entreprendre une vaste gamme d'activités scientifiques liées à son rôle d'organisme de réglementation et de conseiller en matière de politique, et de dispenser des services et des programmes de santé fondés sur les résultats. Ces obligations sans pareille imposent à Santé Canada d'avoir les capacités scientifiques et de recherche nécessaires pour s'acquitter de ces trois fonctions.

Le Comité croit qu'il est important de reconnaître qu'en nommant un expert scientifique en chef en 2001, Santé Canada a agi d'une façon décisive en vue d'acquérir les capacités nécessaires pour s'acquitter de son mandat. L'expert scientifique en chef et ses collaborateurs jouent un rôle central en dirigeant et en coordonnant les responsabilités et les activités scientifiques de Santé Canada et en se faisant les champions des principes de l'alignement, des liens et de l'excellence que préconise le Conseil d'experts en sciences et en technologie.

Le Comité croit fermement qu'il est nécessaire pour le gouvernement fédéral de faire de la recherche en santé et d'avoir les moyens de s'acquitter de son mandat. Le Comité reconnaît également qu'il est important pour Santé Canada de former au besoin des partenariats avec des intervenants extérieurs au secteur public. Par conséquent, le Comité recommande :

***Le Comité croit fermement qu'il est nécessaire pour le gouvernement fédéral de faire de la recherche en santé et d'avoir les moyens de s'acquitter de son mandat.***

#### **Que Santé Canada :**

- dispose des ressources financières et humaines de recherche en santé qu'il lui faut pour s'acquitter de son mandat et de ses obligations;



- **entreprene activement d'établir des liens et des partenariats avec d'autres intervenants du domaine de la recherche en santé.**

## **5.4 Rehausser la qualité des services de santé et de la prestation des soins**

Comme nous l'avons mentionné au chapitre premier, le système canadien de prestation des soins de santé se trouve dans une situation grave, marquée par des hausses des coûts, une grande insatisfaction et des attentes élevées. De nombreuses recommandations ont été formulées au fil des ans pour la modification du système public de soins de santé. La plupart se fondaient cependant non sur des faits scientifiques, mais sur des preuves anecdotiques ou des considérations politiques. Voilà pourquoi la recherche portant sur tous les aspects du système public de soins de santé revêt actuellement tant d'importance pour les décideurs et les gestionnaires de la politique des soins de santé.

D'autres recherches sont nécessaires dans différents secteurs, notamment :

- les politiques de promotion de la santé
- les stratégies de prévention des maladies et des déficiences (tant au niveau des individus qu'à celui de la population)
- les déterminants de la santé
- les approches de gestion des soins primaires
- les nouveaux modes de rémunération des fournisseurs et des établissements de soins de santé
- le processus décisionnel des fournisseurs et des utilisateurs de soins de santé
- les modèles organisationnels de prestation des soins
- la gestion de la politique des soins de santé
- la répartition des ressources des soins de santé
- les répercussions de la privatisation de certains secteurs des soins de santé
- l'analyse pharmacoéconomique
- l'évaluation et l'utilisation de la technologie et du matériel de soins de santé.

La recherche clinique et la participation des fournisseurs de soins eux-mêmes à la recherche en santé jouent un rôle clé dans l'exploitation des résultats de la recherche fondamentale pour améliorer la santé et les soins. Les essais cliniques et les grandes études longitudinales sur la santé de la population ne reçoivent pas un financement suffisant au Canada, surtout parce que le lancement de telles études nécessite d'importants engagements financiers à long terme. Des investissements urgents sont nécessaires pour former des cliniciens-chercheurs et pour les appuyer par la suite dans leur carrière. Harcelés par une demande toujours plus grande de services cliniques, ces derniers trouvent de plus en plus difficile de rester compétitifs dans la course aux prix et aux subventions.

Au Canada, de nombreuses organisations s'occupent de recherche sur les services de santé. Le Comité est d'avis qu'en ce moment critique pour notre système de prestation des soins de santé, il est essentiel que ce genre de recherche reçoive un financement suffisant et que les centres de recherche et leur personnel participent au débat actuel sur la structure future du système canadien de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin ainsi que sur les moyens de réduire les lacunes croissantes de la couverture du régime de soins.

De plus, de nombreuses études ont montré qu'il existe un important écart entre les nouvelles connaissances et leur application courante dans la médecine de tous les jours. Par exemple, seulement 46 % des patients âgés ont reçu le vaccin antipneumococcique, en dépit du fait qu'ils forment le groupe qui risque le plus d'être atteint par les infections pneumococciques. Bien que son administration soit

recommandée pour tous les diabétiques adultes, l'aspirine n'est prescrite que dans 20 % des cas, et les conseils sur la transmission du VIH ne sont donnés qu'à moins de 3 % des adolescents qui passent par un cabinet de médecin<sup>133</sup>. De plus, d'importantes différences persistent dans les schémas de pratique et les résultats, aussi bien entre régions qu'entre provinces. Le Comité croit que le gouvernement fédéral, en raison de son rôle très particulier dans la recherche en santé, devrait consacrer des crédits substantiels pour favoriser, de concert avec les provinces et les territoires, l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique clinique. Le gouvernement devrait le faire tout en continuant à appuyer les nouvelles recherches sur les questions de santé prioritaires et à mettre au point de nouveaux outils, pour qu'à l'avenir ces connaissances et ces outils servent à améliorer la santé et les soins de santé.

***Le Comité croit que le gouvernement fédéral, en raison de son rôle très particulier dans la recherche en santé, devrait consacrer des crédits substantiels pour favoriser, de concert avec les provinces et les territoires, l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique clinique.***

Dans l'ensemble, le Comité estime qu'il faudrait mener plus de recherches pour améliorer la qualité des services de santé et de la prestation des soins. Par conséquent, il recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, de Santé Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, consacre des fonds supplémentaires à la recherche sur les services de santé et à la recherche clinique, et qu'il collabore avec les provinces et les territoires pour que les résultats de ces recherches soient largement diffusés parmi les fournisseurs, les gestionnaires et les décideurs du domaine des soins de santé.**

---

<sup>133</sup> JAMA, vol. 286, p. 1834 (2001).

## 5.5 Améliorer l'état de santé des populations vulnérables

De nombreux groupes de la société canadienne ont, pour diverses raisons, un accès moins immédiat que les autres à des services de santé correspondant à leurs besoins particuliers. On peut citer l'exemple des personnes atteintes de troubles mentaux, des toxicomanes, des personnes handicapées, de certaines minorités ethniques, des femmes en situation difficile, des habitants des collectivités rurales et isolées, des sans-abri et des pauvres. Le Comité reconnaît qu'il existe au Canada un besoin urgent d'appuyer des recherches pluridisciplinaires en santé afin d'acquérir de nouvelles connaissances sur les divers facteurs qui influencent l'état de santé ainsi que sur les moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé dont les groupes vulnérables ont besoin. Les IRSC ont récemment élaboré un plan stratégique, par l'intermédiaire de trois de leurs instituts, en vue d'étudier cet important problème, mais des ressources supplémentaires sont nécessaires. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, affecte davantage de fonds à la recherche portant sur la santé de segments particulièrement vulnérables de la société canadienne.**

Dans le volume quatre de son étude sur les soins de santé, le Comité a déclaré que l'état de santé des Autochtones canadiens est une honte nationale. Il y a un écart disproportionné et totalement inacceptable entre les indicateurs de santé des Autochtones et ceux des autres Canadiens. Les membres de nos Premières nations connaissent une incidence beaucoup plus élevée de nombreux problèmes de santé, comprenant notamment le cancer, le diabète et l'arthrite, les affections cardiaques parmi les hommes, le suicide parmi les jeunes hommes, le VIH-sida ainsi que la morbidité et la mortalité liées aux blessures. Les taux de mortalité infantile sont deux à trois fois supérieurs à la moyenne nationale, avec des proportions élevées de syndrome et d'effets d'alcoolisme fœtal et de mauvaise nutrition. Environ 12 % des enfants autochtones sont asthmatiques, par rapport à 5 % de l'ensemble des enfants canadiens. Cette dernière tendance est attribuable, du moins en partie, à des problèmes de santé environnementale, comme la présence de moisissures dans les maisons<sup>134</sup>.

Le Comité croit que c'est la recherche qui pourrait contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones canadiens. À notre avis, la création, aux IRSC, de l'Institut de la santé des Autochtones est un pas important dans la bonne direction. Santé Canada, qui dispense de nombreux services et programmes de santé dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, devrait renforcer sa capacité de recherche et sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans la politique publique. En particulier, Santé Canada a besoin d'une forte capacité de recherche pour atteindre les objectifs suivants :

***Le Comité croit que c'est la recherche qui pourrait contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones canadiens.***

<sup>134</sup> Volume quatre, p. 139-146.



- compiler et analyser les renseignements démographiques disponibles pour déterminer les tendances, les nouveaux problèmes et les différences entre régions géographiques et collectivités;
- examiner les programmes et les services pour déterminer les pratiques les plus efficaces dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, et pour s'assurer que des progrès suffisants sont réalisés en vue de résoudre les grands problèmes de santé;
- maintenir et renforcer la capacité d'analyse de la recherche tant nationale qu'internationale, et intégrer les pratiques exemplaires dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes.

Par conséquent, le Comité recommande à titre urgent :

**Que le gouvernement fédéral affecte des fonds supplémentaires à l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, afin d'intensifier la participation des chercheurs canadiens en santé, et notamment des Autochtones eux-mêmes, aux recherches visant à améliorer la santé des Autochtones canadiens.**

**Que Santé Canada reçoive des ressources supplémentaires pour étendre sa capacité de recherche et renforcer sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones.**

La recherche sur les questions de santé intéressant les pays en développement est également importante. Le Comité a appris que ces recherches sont très rares. En fait, les données recueillies portent à croire que moins de 10 % de la recherche en santé est consacrée aux problèmes qui représentent 90 % du fardeau mondial des maladies.

Les principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement peuvent être regroupées sous quatre grands titres : la malnutrition, le manque d'hygiène sexuelle et reproductive, les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles (y compris les blessures). Un récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé révèle qu'en présence d'un grand nombre de malades, de mourants ou de personnes souffrant de malnutrition, la croissance économique est impossible à long terme.

Le Comité est d'avis qu'en raison de son expertise et de son excellence dans la recherche en santé, le Canada devrait assumer un rôle de leadership à cet égard. Le gouvernement fédéral a déjà franchi un premier pas dans la bonne direction. En effet, dans un effort conjoint sans précédent, quatre organismes gouvernementaux canadiens ont uni leurs forces pour prendre l'engagement commun de s'attaquer aux problèmes de santé mondiaux grâce à la recherche. L'Agence canadienne de développement international (ACDI), les IRSC, le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et Santé Canada ont ainsi lancé l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM). Cette entreprise conjointe leur permettra non seulement d'exploiter plus efficacement leurs programmes et leurs recherches,

mais aussi de contribuer à une grande cause humanitaire, la protection de la santé des citoyens de tous les pays, y compris les Canadiens. C'est un début, et il faudra en faire plus. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources à l'Initiative de recherche en santé mondiale.**

## **5.6 Commercialiser les résultats de la recherche en santé**

Les nouvelles connaissances découlant de la recherche en santé ont en elles-mêmes une grande valeur pour la société, mais les effets globaux de la recherche sont maximisés quand ces connaissances rapportent des avantages sociaux et économiques. La commercialisation des résultats de la recherche en santé est l'un des moyens de réaliser ces avantages.

***Les nouvelles connaissances découlant de la recherche en santé ont en elles-mêmes une grande valeur pour la société, mais les effets globaux de la recherche sont maximisés quand ces connaissances rapportent des avantages sociaux et économiques. La commercialisation des résultats de la recherche en santé est l'un des moyens de réaliser ces avantages.***

La commercialisation des résultats de la recherche en santé peut intervenir à de nombreuses étapes différentes de la recherche, chacune de ces étapes faisant l'objet de problèmes distincts. Par exemple, l'une des principales difficultés de la commercialisation de la recherche universitaire en santé (recherche effectuée dans les universités et les hôpitaux) est qu'aux premiers stades des travaux, les investissements privés sont très risqués et sont donc d'un caractère spéculatif. Par contre, une fois que la recherche a débouché sur un produit commercialisable, comme aux derniers stades des essais cliniques (principalement réalisés par de grandes entreprises pharmaceutiques orientées vers la recherche), le principal problème réside dans le régime de propriété intellectuelle et de brevets, de même que dans l'approbation et la surveillance des médicaments. La commercialisation des résultats de la recherche en santé procure de nombreux avantages, notamment :

- amélioration de la santé, qui peut augmenter la productivité de la main-d'œuvre;
- amélioration de la qualité des services de santé;
- augmentation de l'efficacité de la prestation des soins de santé;
- financement accru de la recherche, découlant de la commercialisation et de la formation de partenariats de recherche;
- création d'emplois dans de nouvelles entreprises;
- intensification de l'activité économique grâce à la fabrication, à la commercialisation et à la vente de nouveaux produits et services liés aux soins de santé.

Dans son mémoire au Comité, le Conseil pour la recherche en santé au Canada mentionne que les nouvelles sociétés de biotechnologie établies par des scientifiques bénéficiant

d'un financement des IRSC constituent une importante retombée des investissements publics dans la recherche en santé :

*Par exemple, 23 sociétés ont été créées à l'Université de la Colombie-Britannique, et 732 personnes y travaillent. À McGill, 18 entreprises ont été lancées; elles emploient 392 personnes. À l'Université d'Ottawa, 10 sociétés ont été mises sur pied et offrent du travail à 459 personnes. De telles entreprises ne peuvent s'épanouir sans investissements publics servant à financer régulièrement la machine à découverte<sup>135</sup>.*

Visudyne est un exemple de résultat de la recherche canadienne en santé ayant entraîné des progrès remarquables dans le domaine des soins. Ce médicament, dont l'utilisation a été autorisée dans plus de 30 pays, constitue le seul traitement approuvé de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, principale cause de perte de la vue due au vieillissement. Le médicament a été mis au point à l'Université de la Colombie-Britannique, avec un financement provenant partiellement du gouvernement fédéral. L'Université a prêté son concours pour le démarrage de la société QLT Inc., chargée de la commercialisation du produit. L'entreprise, qui a son siège à Vancouver, emploie plus de 350 personnes et a une capitalisation boursière de l'ordre de 1,5 milliard de dollars américains.

Le 3TC est un autre exemple : seul inhibiteur de la reverse-transcriptase du VIH ayant peu ou pas d'effets secondaires, ce produit est un élément courant du traitement du VIH-sida, mis au point grâce à des recherches effectuées à Montréal avec un financement fédéral. Avant son acquisition par la société britannique Shire Pharmaceuticals plc., BioChem Pharma Inc. avait son siège à Montréal, employait 278 personnes et avait une capitalisation boursière de 3,7 milliards de dollars américains.

Ces exemples illustrent le potentiel de la recherche en santé pour le traitement des maladies, la création d'emplois et la production d'avantages économiques pour le Canada. Même si beaucoup de technologies développées dans les universités sont cédées sous licence à des sociétés étrangères, il est raisonnable de s'attendre à ce que le Canada conserve certains avantages quand le gouvernement fédéral a contribué au financement de la recherche en cause.

Comme nous l'avons dit à la section 5.2, les sciences et l'économie vont de pair. Toutefois, dans son témoignage devant le Comité, le D<sup>r</sup> Henry Friesen, chef d'équipe du Western Canadian Task Force on Health Research and Development, a déclaré que les conditions actuelles ne permettent pas aux contribuables canadiens de bénéficier au maximum des résultats de la recherche en santé financée par les deniers publics<sup>136</sup>. De l'avis du groupe de travail, loin d'être optimale, la capacité de commercialisation des résultats de la recherche est clairement inacceptable<sup>137</sup>.

Des conclusions semblables figurent dans un rapport daté de 1999 du Conseil consultatif des sciences et de la technologie (CCST), produit par son Groupe d'experts sur la

---

<sup>135</sup> Conseil pour la recherche en santé au Canada, *Recherche en santé – Moteur de l'innovation*, mémoire présenté au Comité le 30 décembre 2001, p. 2-3.

<sup>136</sup> Voir délibérations du Comité, fascicule n° 30.

<sup>137</sup> Western Canadian Task Force on Health Research and Development, *Shaping the Future of Health Research and Economic Development in Western Canada*, août 2001, p. 19-20.



commercialisation des résultats de la recherche universitaire<sup>138</sup>. Le Groupe d'experts défend la thèse selon laquelle les résultats tirés de la recherche universitaire financée par des fonds fédéraux devraient, s'il existe des possibilités de commercialisation, être gérés comme un bien pouvant rapporter des dividendes à l'économie et aux contribuables du Canada. Il démontre que les États-Unis ont beaucoup mieux réussi que le Canada à commercialiser les résultats de la recherche universitaire, en dépit d'une participation croissante du secteur privé au financement de la recherche dans les universités canadiennes.

La plupart des grands établissements de recherche du Canada (universités et hôpitaux de recherche) ont des bureaux internes de commercialisation de la technologie financés par des sources universitaires et, en cas de succès, par les recettes découlant de leur propre activité. À l'heure actuelle, les dépenses liées aux activités de commercialisation ne sont pas couvertes par le financement fédéral direct de la recherche. Le Comité a appris que, pour la grande majorité, ces bureaux de commercialisation de la technologie ne recouvrent pas leurs frais et constituent donc des centres de coûts plutôt que des centres de profit pour leur établissement. Même si leur fonction n'est pas essentielle à la recherche en soi (création de nouvelles connaissances), on peut soutenir qu'il existe de bonnes raisons d'inclure les frais d'exploitation de ces bureaux dans le calcul des coûts indirects de la recherche, puisque la commercialisation de la technologie est une activité liée à la recherche.

La question du financement des coûts de recherche indirects par les organismes subventionnaires fédéraux fait depuis quelques années l'objet d'une controverse. Selon certains, elle explique en partie la compétitivité moindre des chercheurs canadiens. Les coûts indirects sont les dépenses liées à l'administration, à l'entretien, à la commercialisation et à la rémunération du chercheur principal, qui sont attribuables à un projet de recherche. Le rapport de 1999 du CCST<sup>139</sup> ainsi que des publications postérieures recommandent que le gouvernement fédéral augmente son investissement en acceptant de financer les coûts indirects de la recherche qu'il appuie. De même, le mémoire du Conseil pour la recherche en santé au Canada insiste sur le point suivant :

*[Les] coûts indirects de recherche doivent être financés afin d'offrir un milieu de pointe en recherche, milieu qui permette la réalisation de tous les avantages du programme d'innovation du gouvernement. [...] Le Conseil croit que le gouvernement devrait avoir pour priorité d'élaborer le plus tôt possible un plan spécifique et à long terme s'attaquant à cette question<sup>140</sup>.*

Le Comité reconnaît que, dans son budget de décembre 2001, le gouvernement fédéral a prévu un investissement ponctuel de 200 millions de dollars, par l'entremise des conseils subventionnaires, pour réduire les pressions financières liées à la hausse des coûts indirects des activités de recherche, y compris la commercialisation. Nous espérons, d'une part, que les universités et les hôpitaux de recherche utiliseront une partie de ces fonds pour renforcer leur capacité de commercialisation et, de l'autre, que le gouvernement fédéral décidera de transformer cet investissement ponctuel en crédit annuel permanent.

---

<sup>138</sup> Groupe d'experts sur la commercialisation des résultats de la recherche universitaire, *Les investissements publics dans la recherche universitaire : Comment les faire fructifier*, Conseil consultatif des sciences et de la technologie, 4 mai 1999.

<sup>139</sup> *Ibid.*

<sup>140</sup> Conseil pour la recherche en santé au Canada, mémoire présenté au Comité, p. 5.

Le Comité convient avec les témoins et les conclusions des rapports récents qu'il est nécessaire de trouver des moyens de faire profiter au maximum les contribuables canadiens de la commercialisation de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait établir les conditions nécessaires pour permettre aux chercheurs et aux bureaux de commercialisation de la technologie qui offrent de l'appui et des services aux chercheurs de maximiser les résultats de leurs efforts de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux.

***Le Comité convient avec les témoins et les conclusions des rapports récents qu'il est nécessaire de trouver des moyens de faire profiter au maximum les contribuables canadiens de la commercialisation de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait établir les conditions nécessaires pour permettre aux chercheurs et aux bureaux de commercialisation de la technologie qui offrent de l'appui et des services aux chercheurs de maximiser les résultats de leurs efforts de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux.***

De plus, le Comité estime qu'à titre de principal mécanisme canadien de financement de la recherche en santé ayant le mandat législatif d'utiliser la connaissance pour améliorer la santé, les IRSC sont les mieux placés pour évaluer les recommandations relatives à la recherche en santé formulées par le Western Canadian Task Force, le Groupe d'experts du CCST et dans d'autres études sur la commercialisation de la technologie. Nous croyons que les IRSC devraient se servir de ces études comme base pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'innovation tenant compte des programmes, des politiques et des personnes. À notre avis, une telle stratégie devrait permettre aux IRSC d'appuyer et de renforcer la capacité des bureaux universitaires de commercialisation de la technologie de maximiser les transferts de technologie au marché, favorisant ainsi l'innovation et la création d'entreprises et d'emplois au Canada. Nous croyons en outre que cette stratégie d'innovation doit se fonder sur un cadre comprenant des principes directeurs qui touchent le bien public et les avantages pour le Canada, afin que la recherche du maximum d'avantages sociaux et économiques ne menace ni la liberté universitaire, ni l'orientation de la recherche, ni la prestation des soins de santé. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral exige de tous les bénéficiaires de subventions fédérales à la recherche en santé l'engagement explicite d'obtenir le maximum d'avantages pour le Canada quand les résultats de la recherche subventionnée sont utilisés à des fins lucratives.**

**Que les Instituts de recherche en santé du Canada, sans faire abstraction de la valeur sociale de la recherche en santé n'ayant pas de résultats commerciaux lucratifs, cherchent à favoriser les retombées économiques au Canada découlant de leurs investissements dans la recherche canadienne en santé, quand les résultats de cette recherche sont utilisés à**



**des fins lucratives. Ce faisant, les IRSC devraient élaborer une stratégie d'innovation visant à accélérer et à faciliter la commercialisation des résultats de la recherche en santé.**

**Que le gouvernement fédéral investisse des ressources supplémentaires, dans le cadre de la stratégie d'innovation des IRSC, pour valoriser la production des chercheurs canadiens en santé et renforcer la capacité de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée par des fonds fédéraux. Le nouveau financement devrait s'ajouter aux investissements actuels dans la recherche en santé. Il faudrait en particulier rendre permanent le financement des coûts indirects de la recherche par les organismes subventionnaires du Canada. Les responsables de la recherche en santé devraient rendre compte de l'utilisation des fonds de commercialisation.**

La délivrance de brevets à l'égard de formes de vie supérieures est un aspect de la commercialisation des résultats de la recherche en santé qui a récemment suscité une certaine controverse. Ce sujet est étroitement lié à des questions d'éthique, de propriété intellectuelle et d'intérêts économiques. Même si ces questions s'inscrivent dans le cadre de la recherche canadienne en santé et du travail du Comité, elles sont examinées ailleurs. En fait, le gouvernement fédéral a chargé le Comité consultatif canadien de la biotechnologie (CCCB) de le conseiller sur cette question de la plus haute importance. Le CCCB a publié un rapport provisoire fin 2001 dans lequel il recommande de refuser de breveter des êtres humains, quel que soit le stade de leur développement<sup>141</sup>. De plus, le rapport recommande d'entreprendre un programme de recherche systématique pour évaluer les répercussions des brevets de biotechnologie sur différents aspects des services de santé. C'est clairement là un sujet qui mérite un examen sérieux, mais qui déborde le cadre du présent rapport.

## **5.7 Respecter les normes d'éthique les plus élevées dans la recherche en santé**

Les sections qui précèdent ont démontré l'excellence croissante du Canada dans le domaine de la recherche en santé et la priorité élevée dont cette recherche bénéficie chez nous. L'histoire montre cependant que la découverte de nouvelles connaissances relatives à la santé peut, par exemple, occasionner des abus touchant les sujets de la recherche, la vie privée et le traitement des animaux. Des nombreux rapports ont souligné de diverses façons que l'acquisition de nouvelles connaissances ne devrait pas se faire au détriment d'êtres humains ou d'autres formes de vie et que l'excellence en santé exige l'excellence en matière d'éthique.

Mais qu'est-ce que l'éthique? Laura Shanner, professeure à l'Université de l'Alberta, a dit au Comité que l'éthique est « une tentative systématique et raisonnée de comprendre des questions d'une importance humaine fondamentale et de prendre les meilleures

---

<sup>141</sup> Comité consultatif canadien de la biotechnologie, *Biotechnologie et propriété intellectuelle : La brevetabilité des formes de vie supérieures et enjeux connexes*, rapport provisoire adressé au Comité de coordination ministérielle de la biotechnologie, gouvernement du Canada, Ottawa, novembre 2001.



décisions possibles à leur sujet<sup>142</sup> ». Quand l'éthique est appliquée à des connaissances biologiques en médecine, on parle plutôt de « bioéthique ». La D<sup>re</sup> Nuala Kenny, professeure de pédiatrie à l'Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse), a défini comme suit la bioéthique :

*La bioéthique est une compréhension particulière de l'éthique qui implique la discipline de la philosophie pour aider à prendre des décisions de valeur. C'est une question de déterminer ce qui est juste et bon. La bioéthique est l'éthique dans le domaine de la biosphère, la biologie humaine. Cela va également au-delà de la santé humaine, mais la majorité des gens l'utilisent dans ce contexte.*

*Cela revient à poser la question de savoir comment définir, dans une société multiculturelle, les valeurs, les problèmes et les intérêts en jeu pour décider de ce qui est juste et bon, généralement concernant la situation d'un patient. Puis, comment aider les parties en question à établir une sorte de priorité afin de se battre pour ce qui est bon ou contre ce qui est mauvais, et de faire des choix de manière responsable<sup>143</sup>.*

Dans beaucoup de domaines, les décisions difficiles nécessitent l'examen de multiples facteurs, mettant chacun en cause des valeurs, des principes, des points de vue, des convictions, des attentes, des craintes, des espoirs, etc., différents et souvent contradictoires. Face à de telles décisions, différentes personnes vont aboutir à différentes conclusions non seulement parce qu'elles considèrent des facteurs différents, mais aussi parce qu'elles les jugent les uns par rapport aux autres de façons différentes. L'effet pratique de l'éthique, comme discipline, est d'aider ceux qui doivent affronter des décisions complexes à en saisir les valeurs et les principes inhérents et à les peser les uns par rapport aux autres afin d'aboutir à la meilleure décision possible. Bien que fondée sur de solides bases théoriques, l'éthique des soins et de la recherche en santé traite de situations réelles de la vie.

Comme la recherche tente constamment de faire avancer le champ de la connaissance, elle pose les questions d'éthique les plus difficiles. L'objet de cette section est de passer en revue quelques-uns des grands secteurs de l'éthique de la recherche à la lumière des politiques et des mécanismes nécessaires ou actuellement en place au Canada, pour nous assurer que la recherche en santé est réalisée d'une manière conforme aux normes éthiques des Canadiens.

### 5.7.1 La recherche sur des sujets humains

La recherche en santé doit, à l'occasion, porter sur des humains comme sujets. Même si la recherche sur d'autres êtres vivants procure des connaissances essentielles, en définitive, seule la recherche sur des sujets humains peut nous dire, par exemple, si une approche possible de la prévention, du diagnostic ou du traitement

***Les sujets de recherche – il s'agit souvent de patients atteints de la maladie dont le traitement est à l'étude – assument des risques pour que d'autres puissent profiter des connaissances que la recherche est censée fournir.***

<sup>142</sup> Laura Shanner, *Ethical Theories in Bioethics and Health Law*, Université de l'Alberta, mémoire présenté au Comité, 2000, p. 1.

<sup>143</sup> D<sup>re</sup> Nuala Kenny (42:59-60).

d'une maladie est assez sûre, si elle aide vraiment les patients, quels sont ses effets secondaires et si elle est supérieure à un traitement qui existe déjà.

Les sujets de recherche – il s'agit souvent de patients atteints de la maladie dont le traitement est à l'étude – assument des risques pour que d'autres puissent profiter des connaissances que la recherche est censée fournir. La recherche sur des sujets humains comporte de nombreux risques : abus des personnes en cause, mauvaise utilisation des données, exploitation, violation de la vie privée, confidentialité, etc. Parce que la recherche en santé suscite tant de questions, un consensus international s'est développé au cours du dernier demi-siècle. Ce consensus, qui a commencé avec le Code de Nuremberg (1947) et la Déclaration de Helsinki (1964, révisée en 2000), préconise que les aspects éthiques de tout projet de recherche ayant des sujets humains soient examinés et approuvés, après modification si nécessaire, par un comité d'éthique constitué d'une manière appropriée (au Canada, il porte le titre de « comité d'éthique de la recherche » ou CER) avant le commencement des travaux.

Un comité d'éthique de la recherche (CER) «est un mécanisme que la société canadienne établit pour garantir la protection de ses membres participant à des travaux de recherche<sup>144</sup> ». Un CER est un groupe pluridisciplinaire indépendant des chercheurs et des commanditaires de la recherche, formé dans un établissement local pour examiner les normes éthiques des projets de recherche de l'établissement. Il est habilité à approuver ou à rejeter tout projet envisagé ou en cours ayant des sujets humains, à en demander la modification ou à y mettre fin. En fait, le CER atteste, pour chaque protocole de recherche, que les travaux envisagés, s'ils sont réalisés de la manière approuvée, satisfont aux normes d'éthique auxquelles les Canadiens s'attendent, ou les dépassent.

La principale politique nationale régissant l'éthique de la recherche sur des sujets humains, *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (EPTC), a été publiée en 1998 par les IRSC, le CRSH et le CRSNG. L'EPTC a remplacé les politiques antérieures (CRM, 1978 et 1987; CRSH, 1976). Le Panel d'experts et le Secrétariat en éthique de la recherche, que les trois organismes subventionnaires fédéraux ont constitués en novembre 2001, sont chargés de coordonner l'évolution et l'interprétation de l'EPTC, l'objectif étant de le tenir à jour face à l'évolution rapide de la connaissance, de la recherche et de la technologie.

L'*Énoncé de politique des trois Conseils* a été adopté par les établissements universitaires (où se fait la plus grande partie de la recherche sur des sujets humains) et par un certain nombre de ministères et d'organismes fédéraux, y compris le ministère de la Défense nationale (MDN) et le Conseil national de recherches du Canada (CNRC).

Santé Canada est en train d'établir son propre comité d'éthique de la recherche, qui se servira aussi de l'EPTC, pour déterminer si la recherche interne, la recherche donnée à contrat à des chercheurs extérieurs et les demandes présentées aux IRSC et à d'autres organismes de financement sont acceptables sur le plan éthique. Santé Canada a également adopté les lignes

---

<sup>144</sup> Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain, *Protecting Human Research Subjects: Case-Based Learning for Canadian Research Ethics Boards and Researchers*, Ottawa, 2000, p. 7.



directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques auxquels participent des sujets humains<sup>145</sup>.

Depuis les années 70, conformément aux politiques nationales régissant l'éthique de la recherche sur les sujets humains, quelque 300 CER locaux ont été créés au Canada dans différents milieux : universités, laboratoires du gouvernement, organisations communautaires, hôpitaux universitaires et communautaires. Dans beaucoup d'hôpitaux universitaires, au moins 50 % des protocoles de recherche examinés par les CER portent sur des essais cliniques commandités par le secteur privé pour mettre à l'épreuve de nouvelles interventions pharmaceutiques dans la santé humaine, afin de satisfaire aux exigences réglementaires d'autorisation de Santé Canada et de la Food and Drug Administration des États-Unis. De plus, un certain nombre de CER d'entreprise et de CER privés à but lucratif ont été créés dans les dernières années pour examiner la recherche financée par des intérêts privés à l'extérieur des établissements universitaires, à des endroits sans accès à un CER local. En Alberta, tous les médecins qui ne relèvent pas d'un CER d'établissement sont tenus de recourir au CER du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Pour sa part, Terre-Neuve envisage d'établir un CER unique chargé d'examiner toute la recherche en santé effectuée dans la province.

En 1989, le CRM a créé le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain (CNERH), avec l'appui de Santé Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le CNERH s'efforce d'encourager le respect de normes d'éthique rigoureuses dans la recherche sur des sujets humains effectuée partout dans le pays, en donnant des conseils sur la mise en œuvre de l'EPTC, surtout dans le cadre d'activités éducatives et de visites sur place à des CER locaux. Le CNERH est actuellement financé par les IRSC, le CRSH, le CRSNG, Santé Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

### **5.7.2 Questions suscitées par la recherche sur des sujets humains<sup>146</sup>**

L'*Énoncé de politique des trois Conseils*, qui est en fait la politique nationale du Canada sur la conduite éthique de la recherche en santé sur des sujets humains, semble être compatible avec les normes mondiales. Pour la plupart, les CER du Canada semblent appliquer des normes élevées, fondées sur plus de vingt ans d'expérience et de dévouement de nombreuses personnes partout dans le pays. Toutefois, le Comité a appris que de sérieuses lacunes sont signalées dans quelques rapports récemment publiés par le CNERH et les IRSC ainsi que par la Commission du droit du Canada<sup>147</sup>. Nous présentons dans ce qui suit un résumé des principaux problèmes ou lacunes mentionnés dans ces rapports :

---

<sup>145</sup> Malgré le soin apporté par les trois organismes subventionnaires fédéraux et Santé Canada pour assurer l'harmonisation internationale des lignes directrices régissant les essais cliniques sur des sujets humains, le Comité tient à avoir l'assurance catégorique que tout Canadien participant à des essais cliniques d'origine étrangère est protégé par des normes éthiques au moins aussi strictes que celles qui s'appliquent au Canada.

<sup>146</sup> La section qui suit ne traite pas des limites éthiques de la recherche sur la santé génésique humaine parce que des mesures législatives fédérales portant sur ce sujet doivent être déposées sous peu à la Chambre des communes. Le Comité reconnaît que ce secteur est à la fine pointe de la recherche appliquée et qu'il évolue rapidement. À notre avis, toute la recherche portant sur le matériel reproducteur humain, les organismes humains tirés de ce matériel, d'autres souches de cellules humaines ou toute partie de ce qui précède (y compris les gènes humains) devrait être assujettie à un examen éthique complet effectué par les CER compétents, ainsi qu'à l'EPTC et aux mesures législatives et réglementaires applicables.

<sup>147</sup> Pour plus de précisions, voir les quatre documents suivants : 1) CNERH (anciennement, le Conseil national de la bioéthique en recherche chez les sujets humains ou CNBRH), «Protéger et promouvoir le sujet de recherche



- Bien que l'*Énoncé de politique des trois Conseils* établisse des normes très élevées, il n'existe actuellement aucun mécanisme de surveillance permettant de vérifier la conformité à ces normes. D'une part, il n'existe aucun processus d'approbation, d'autorisation ou d'inspection régulière des procédures d'examen de l'éthique de la recherche appliquées par les CER. De l'autre, et malgré le fait qu'un nombre croissant de CER commencent à s'attaquer à ce problème, peu de comités d'éthique suivent les recherches effectuées après l'approbation du protocole correspondant. En d'autres termes, les CER n'ont le plus souvent qu'une connaissance limitée de ce qui se passe après l'approbation d'un protocole de recherche.
- Certaines préoccupations ont été exprimées au sujet de conflits d'intérêts réels ou perçus impliquant des chercheurs ou des établissements. Même si, par consensus international, les CER doivent être créés dans les établissements de recherche et si leur travail exige une collaboration étroite avec d'autres services de leur établissement, ils doivent pouvoir fonctionner à l'abri des pressions de l'établissement et des chercheurs.
- De même, l'absence de supervision publique des CER privés, qui agissent indépendamment ou par l'entremise d'organisations de recherche engagées à contrat par des sociétés de produits pharmaceutiques, suscite des préoccupations au sujet de leur indépendance et des possibilités de conflit d'intérêts.
- Les CER ont besoin de ressources supplémentaires. Le travail devenant de plus en plus compliqué, du fait de la mondialisation, de l'évolution de la technologie et de la commercialisation, les CER ont de la difficulté à se trouver des présidents et même à recruter des membres.
- Il n'existe actuellement au Canada aucune norme sur les titres et l'expérience des membres des CER et des chercheurs en éthique de la recherche. En l'absence de normes canadiennes, les chercheurs doivent cependant satisfaire aux normes de formation américaines s'appliquant à la recherche en santé sur des sujets humains financée par des sources américaines.
- Les processus actuels d'examen éthique se fondent davantage sur les « producteurs » que sur les « consommateurs ». En d'autres termes, les sujets ne sont pas suffisamment représentés au niveau de la gestion de la recherche.
- Il est urgent d'entreprendre des recherches empiriques au sujet des effets de la recherche en santé sur les sujets humains, ainsi que de l'efficacité des procédures d'examen éthique.

Bref, il faut améliorer la gouvernance, la transparence et la responsabilité des processus d'examen éthique appliqués au Canada :

---

humain : Un examen de la fonction des Comités de recherche d'éthique pour la recherche dans les facultés de médecine au Canada», dans *Communiqué CNBRH*, vol. 6(1), 1995; 2) Ébauche de rapport du Groupe de travail du CNERH chargé d'étudier les modèles d'accréditation des programmes de protection des sujets humains au Canada, 28 septembre 2001; 3) Michael MacDonald (chercheur principal), *Gouvernance de la recherche en santé avec des sujets humains*, recherche commanditée par la Commission du droit du Canada, Ottawa, mai 2000; 4) Projet de rapport du Groupe de travail sur l'examen continu, IRSC, 2001.

---

*[...] nous avons été surpris de constater l'importance des écarts entre les idéaux exprimés dans la politique et les dispositions pratiques de responsabilité, d'efficacité et d'autres critères de bonne gestion*<sup>148</sup>.

Le Comité convient avec les auteurs de nombreux rapports que la question centrale, pour le Canada, est de savoir qui est responsable envers le public de l'ensemble des processus mis en œuvre pour assurer le caractère éthique de la recherche effectuée sur des sujets humains. Nous reconnaissons l'excellent travail accompli dans différents milieux, partout au Canada, par des personnes dévouées qui se sont efforcées de veiller à ce

***Le Comité convient avec les auteurs de nombreux rapports que la question centrale, pour le Canada, est de savoir qui est responsable envers le public de l'ensemble des processus mis en œuvre pour assurer le caractère éthique de la recherche effectuée sur des sujets humains.***

que la recherche en santé effectuée sur des sujets humains satisfasse aux normes d'éthique les plus élevées. Nous sommes persuadés que les résultats obtenus au Canada sont aussi bons que partout ailleurs dans le monde. En fait, le rapport publié par la Commission du droit du Canada souligne :

*Nous avons également été très impressionnés par le calibre des experts appartenant à de nombreux CER, sur les plans de l'érudition, de l'éthique et du droit. D'une façon générale, les chercheurs canadiens ont acquis une réputation internationale en ce qui concerne les aspects juridiques et éthiques de la recherche effectuée sur des sujets humains*<sup>149</sup>.

Le Comité croit cependant que les structures et les approches variées qui caractérisent actuellement l'éthique de la recherche en santé sont incompatibles avec la responsabilité envers le public qu'exige un secteur de cette importance. Nous exhortons donc les différents grands intervenants de la recherche en santé sur des sujets humains à travailler ensemble pour élaborer un système de gouvernance pouvant atteindre les objectifs suivants : la promotion de la

***Nous exhortons donc les différents grands intervenants de la recherche en santé sur des sujets humains à travailler ensemble pour élaborer un système de gouvernance pouvant atteindre les objectifs suivants : la promotion de la recherche présentant des avantages sociaux, la protection des chercheurs et le maintien de la confiance entre la communauté de la recherche et l'ensemble de la société***

recherche présentant des avantages sociaux, la protection des chercheurs et le maintien de la confiance entre la communauté de la recherche et l'ensemble de la société<sup>150</sup>. Les intervenants suivants devraient participer à cette initiative : Santé Canada, les IRSC, les autres organismes subventionnaires fédéraux, le Panel d'experts et le Secrétariat en éthique de la recherche, les commanditaires du secteur privé, les instituts de recherche, les organisations et associations professionnelles de la santé, le CNERH, l'Association canadienne (nouvellement créée) des comités d'éthique de la recherche, etc. Par conséquent, le Comité recommande :

<sup>148</sup> Michael MacDonald, Commission du droit du Canada.

<sup>149</sup> *Ibid.*, p. 300.

<sup>150</sup> Ces objectifs correspondent à ceux qui sont définis dans le rapport McDonald, cité dans la note précédente.

Que Santé Canada prenne l'initiative, en collaboration avec les intervenants, de l'élaboration d'un système commun de gouvernance de la recherche en santé effectuée sur des sujets humains s'appliquant à toute la recherche que le gouvernement fédéral exécute, finance et utilise dans ses activités de réglementation.

Que, dans l'élaboration de ce système de gouvernance de l'éthique, Santé Canada considère les éléments suivants comme essentiels au progrès :

- travailler en premier sur toute la recherche (en santé) que le gouvernement fédéral exécute, finance ou utilise dans ses activités de réglementation, afin d'élaborer un système efficace et efficient de gouvernance qui sera adopté comme norme partout au Canada;
- accorder une grande importance, dans le système de gouvernance, à des mécanismes efficaces d'éducation et de formation, destinés à tous ceux qui s'occupent de recherche et d'éthique de la recherche et dotés d'un processus d'agrément correspondant aux responsabilités des différents participants;
- élaborer des normes, fondées sur l'*Énoncé de politique des trois Conseils*, les lignes directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques sur des sujets humains et d'autres normes pertinentes canadiennes et étrangères, pouvant servir de base à l'autorisation ou à l'agrément des fonctions ou des comités d'éthique de la recherche à un niveau correspondant aux attentes des Canadiens et aux normes d'autres pays;
- veiller à l'actualisation de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* et à son maintien à l'avant-garde des politiques internationales régissant l'éthique ou la recherche sur des sujets humains;
- faire disparaître les incohérences entre les différentes politiques qui régissent actuellement la recherche sur des sujets humains et faire concorder les normes canadiennes avec celles d'autres pays qui influent sur la recherche canadienne;
- établir un processus d'autorisation ou d'agrément des fonctions d'éthique de la recherche, qui soit



indépendant du gouvernement, mais qui soit clairement tenu de lui rendre compte de son activité;

- élaborer le système de gouvernance dans le cadre de consultations de fond ouvertes et transparentes avec les intervenants.

### 5.7.3 L'utilisation d'animaux dans la recherche

Les animaux étant biologiquement très semblables aux humains, ils sont utilisés dans la recherche pour acquérir de nouvelles connaissances biologiques ayant de fortes chances de s'appliquer aux humains. Toutefois, comme ils ne sont pas identiques à ceux-ci, toute nouvelle connaissance découlant de la recherche sur les animaux doit faire l'objet d'essais sur des humains avant d'être appliquée à la santé humaine.

Des préoccupations éthiques au sujet de l'utilisation des animaux, notamment dans la recherche, ont été exprimées depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, surtout en Angleterre. Au Canada, ces préoccupations ont amené le CRM et le CNRC à entreprendre des études qui ont abouti, en 1968, à la création du Conseil canadien de protection des animaux (CCPA). Aujourd'hui, le CCPA reçoit 87 % de son budget de 1,2 million de dollars des IRSC et du CRSNG, ce qui lui permet d'offrir ses services aux établissements de recherche qu'ils financent. Le CCPA tire le reste de ses revenus des honoraires qu'il facture aux établissements gouvernementaux et privés.

Le CCPA délivre le Certificat de bonnes pratiques animales<sup>®</sup> aux établissements qu'il juge conformes à ses normes. La conformité est déterminée par des équipes d'évaluation qui effectuent des visites sur place. Les IRSC et le CRSNG imposent à tous ceux qui souhaitent recevoir des fonds de recherche de participer au programme du CCPA et informent les bénéficiaires qu'ils cesseront de recevoir ces fonds si le CCPA les déclare non conformes à ses normes. Le CCPA signale que les établissements respectent en général ses recommandations<sup>151</sup>.

Dans son mémoire au Comité, la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé (CRBS) affirme que les normes du CCPA sont reconnues aussi bien au Canada qu'à l'échelle internationale :

*La CRBS estime que les recherches faisant appel à des animaux qui sont conformes aux lignes directrices et aux politiques du CCPA sont des activités éthiques et responsables.*

*En reconnaissant les normes du CCPA, qui sont acceptées à l'échelle nationale et internationale, le gouvernement fédéral sera en mesure d'établir l'équilibre nécessaire entre la protection des animaux et les bienfaits découlant de leur utilisation à des fins scientifiques<sup>152</sup>.*

La structure formelle du CCPA et son programme de surveillance constituent, pour beaucoup d'observateurs au Canada et à l'étranger, un modèle optimal qui permet au

---

<sup>151</sup> Louis-Nicolas Fortin et Thérèse Leroux, « Éléments de réflexion sur la surveillance du contrôle éthique de la recherche », dans *Communiqué CNBRH*, été 1997.

<sup>152</sup> Coalition pour la recherche biomédicale et en santé, mémoire présenté au Comité, p. 7.

Conseil de travailler efficacement en toute indépendance du gouvernement, mais en collaboration avec lui<sup>153</sup>. De plus, un rapport récent envisage même l'utilisation d'un modèle du même genre dans la recherche sur des sujets humains. Par exemple :

*Il y a au Canada un modèle intéressant que nous devrions, je crois, considérer sérieusement dans notre recherche d'un processus d'approbation de la recherche sur des sujets humains. C'est celui du Conseil canadien de protection des animaux. [...] il a aujourd'hui une crédibilité remarquable et une réputation internationale. [...] Il s'agit d'un modèle très intéressant presque exclusivement canadien. Il bénéficie de subventions fédérales tout en fonctionnant d'une manière indépendante, définissant des normes et établissant un processus très respecté d'approbation de la recherche sur les animaux<sup>154</sup>.*

Le Comité reconnaît que le CCPA fournit des services de calibre mondial aux Canadiens d'une façon efficace et économique. Quoiqu'un certain nombre de Canadiens ne voudront pas en convenir – notamment ceux qui s'opposent à toute utilisation des animaux dans la recherche, le Comité croit que le CCPA a clairement prouvé qu'il est possible de gérer efficacement un secteur très délicat qui nécessite une attention de tous les instants en adoptant une approche fondée sur :

***Le Comité reconnaît que le CCPA fournit des services de calibre mondial aux Canadiens d'une façon très économique.***

- la conviction, jusqu'à preuve du contraire, que les établissements et les particuliers s'efforcent de travailler d'une manière qui reflète les valeurs des Canadiens;
- le renforcement de la sensibilisation et de la formation des personnes aux dossiers et aux normes;
- des méthodes d'évaluation qui sont basées sur des normes reconnues à l'échelle internationale, qui mènent à l'agrément des installations et des processus, font intervenir des experts et des profanes et sont appliquées d'une manière collégiale en l'absence de preuves d'écarts de conduite et d'omission de prendre les mesures correctives nécessaires.

Sans préconiser une simple transposition des mécanismes du CCPA dans la gestion, certes difficile, de la recherche sur des sujets humains, le Comité croit qu'il y a beaucoup d'enseignements à tirer de l'expérience du CCPA. Il estime cependant qu'il existe des lacunes dans l'interaction entre le CCPA et le gouvernement fédéral. Même si de nombreux ministères et organismes fédéraux ont adopté le programme d'évaluation du CCPA pour la recherche sur les animaux effectuée dans leurs propres installations et même si les IRSC et le CRSNG imposent le respect des normes du CCPA comme condition préalable à l'attribution de fonds de recherche, nous croyons que cela ne suffit pas. Par conséquent, le Comité recommande :

<sup>153</sup> Sous-comité de l'éthique, *Mandat d'éthique d'IRSC : Mise en place d'une vision transformatrice*, document de travail établi à l'intention du conseil d'administration provisoire des IRSC, 10 novembre 1999, p. 18-19.

<sup>154</sup> Dr Henry Dinsdale, discours prononcé à la Conférence nationale du CNERH, mars 2001, p. 5.



**Que tous les ministères et organismes fédéraux imposent le respect des normes du Conseil canadien de protection des animaux dans :**

- **toute la recherche effectuée dans des installations fédérales;**
- **toute la recherche financée par des ministères et organismes fédéraux, mais effectuée en dehors des installations fédérales;**
- **toute la recherche effectuée sans financement fédéral en dehors des installations fédérales, mais dont les résultats sont présentés au gouvernement fédéral ou sont utilisés par lui dans l'exercice de fonctions prévues par voie législative.**

#### **5.7.4 La confidentialité des renseignements médicaux personnels**

Tous les renseignements personnels sont importants, mais pour la plupart des gens les renseignements médicaux sont probablement les plus délicats. Les renseignements sur la santé revêtent un caractère très intime, non seulement parce qu'ils touchent directement la personne en cause, mais aussi parce qu'ils ont des effets sur les membres de la famille et d'autres, ainsi que sur différents aspects de la vie d'une personne, comme son emploi ou son assurabilité.

Le droit à la vie privée et à la protection des renseignements médicaux personnels est très précieux pour les Canadiens. Plus que jamais auparavant, ceux-ci ont aujourd'hui besoin de l'assurance que leur vie privée et leurs renseignements personnels seront respectés en cette ère de progrès technologiques rapides. En même temps, l'état de santé et la qualité des soins ont aussi une très grande valeur pour eux. Les fournisseurs de services de santé, les gestionnaires des soins de santé et les chercheurs en santé doivent avoir accès aux renseignements médicaux personnels pour améliorer la santé des Canadiens, renforcer les services et maintenir la qualité du système de soins. Pour les Canadiens, le défi actuel est de trouver un juste milieu entre leur droit à la vie privée et les besoins d'accès à l'information (des fournisseurs de services de santé, des gestionnaires des soins et des chercheurs).

***Le droit à la vie privée et à la protection des renseignements médicaux personnels est très précieux pour les Canadiens.***

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE), promulguée en juin 2000, a suscité un débat animé et un important examen de cette question ces deux dernières années. Le secteur de la santé ne s'est rendu compte des effets possibles de cette mesure législative sur la recherche en santé et la gestion des soins qu'assez tard dans le processus d'examen du projet de loi à la Chambre des communes. Des représentants de différentes parties du secteur de la santé sont donc intervenus énergiquement au cours des audiences tenues par le Comité fin 1999. Leur témoignage a clairement démontré, d'une part, que le secteur de la santé ne participait pas au large consensus qui s'était formé en faveur du projet de loi et, de l'autre, que les diverses entités du secteur de la santé ne s'entendaient pas entre elles sur une solution aux problèmes de confidentialité de l'information médicale que



soulevait la mesure législative. En conséquence, le Comité a conclu que beaucoup d'incertitude entourait l'application de la LPRPDE aux renseignements médicaux personnels et que des éclaircissements étaient donc nécessaires. En réponse à la recommandation du Comité<sup>155</sup>, le gouvernement fédéral a décidé de reporter jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2002 l'application de la Loi aux renseignements médicaux personnels. Cette période d'un an après la proclamation de la LPRPDE devait permettre au gouvernement et aux intervenants en cause du secteur de la santé de régler les points d'incertitude et de proposer une solution assurant la protection des renseignements médicaux personnels.

Le Comité est heureux de constater que plusieurs groupes du secteur de la santé se sont sérieusement occupés de beaucoup des préoccupations soulevées par la LPRPDE, et notamment la nécessité de protéger les renseignements médicaux personnels tout en permettant une utilisation limitée à des fins essentielles, telles que la recherche en santé et la gestion des soins (qui comprend la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé).

Au cours des deux dernières années, les IRSC ont procédé à une vaste analyse de cette question et ont lancé un important processus de consultation avec différents intervenants, qui a abouti à des recommandations sur l'interprétation et l'application de la LPRPDE à la recherche en santé<sup>156</sup>.

Les recommandations des IRSC présentent, sous forme d'un projet de règlement établi en vertu de la LPRPDE, des dispositions exprimées dans un langage juridique précis, qui, sans modifier la Loi, en faciliteraient l'interprétation et l'application dans le domaine la recherche en santé. Les IRSC ont présenté ces recommandations au Comité comme solution réaliste à court terme fondée sur l'hypothèse que la LPRPDE ne serait vraisemblablement pas modifiée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2002. Les IRSC ont souligné que leur projet de règlement, quoique sensiblement limité par le libellé actuel de la LPRPDE, peut néanmoins servir de guide utile pour aider à clarifier certains termes ambigus d'une manière qui permettrait d'atteindre les objectifs de la Loi sans pour autant entraver des recherches d'une importance vitale. Les IRSC sont également d'avis que le règlement, comme instrument exécutoire, est nécessaire pour permettre aux chercheurs et à l'ensemble des Canadiens de comprendre ce que la loi attend d'eux et de choisir en conséquence leur ligne de conduite. De plus, il pourrait servir de base aux mesures législatives sensiblement équivalentes que les provinces et les territoires pourraient élaborer avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, comme le prévoit la LPRPDE<sup>157</sup>.

Enfin, les IRSC reconnaissent que d'autres travaux doivent être réalisés de concert avec différents intervenants et les provinces pour établir un cadre juridique ou stratégique d'ensemble plus cohérent, plus complet et mieux harmonisé pour le secteur de la santé. En définitive, la loi ou la politique qui régira ce domaine doit admettre une certaine souplesse et un certain réalisme dans son interprétation et son application. De plus, les

---

<sup>155</sup> Deuxième rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 36<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 6 décembre 1999.

<sup>156</sup> IRSC, *Recommandations pour l'interprétation et l'application de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques dans le contexte de la recherche en santé*, 30 novembre 2001. Le règlement proposé par les IRSC peut être consulté à [http://www.cihr.ca/about\\_cihr/ethics/recommendations\\_f.pdf](http://www.cihr.ca/about_cihr/ethics/recommendations_f.pdf).

<sup>157</sup> C'est un fait que la Loi donne aux provinces et aux territoires jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour élaborer des mesures législatives sensiblement équivalentes.

utilisateurs devront élaborer des lignes directrices plus détaillées pour favoriser l'adoption des meilleures pratiques d'information dans leur travail quotidien.

Le Comité a examiné le projet de règlement proposé par les IRSC, qu'il tient à féliciter de leurs efforts dans ce domaine. Nous appuyons pleinement l'intention de ce document. Comme nous l'avons mentionné dans notre quatorzième rapport daté du 14 décembre 2001<sup>158</sup>, le Comité croit que ce texte devrait faire l'objet d'une étude sérieuse. Par conséquent, il recommande :

**Que des règlements comme celui que proposent les Instituts de recherche en santé du Canada fassent l'objet de l'étude la plus complète et la plus équitable possible dans le cadre des discussions qui se tiendront sur les moyens de clarifier et de préciser la loi, afin d'en atteindre les objectifs sans entraver d'importantes recherches destinées à améliorer la santé des Canadiens et à leur assurer de meilleurs services de santé.**

Une deuxième initiative parallèle a été entreprise par un Groupe de travail sur la protection de la vie privée composé de représentants de l'Association dentaire canadienne, l'Association canadienne des soins de santé, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association des consommateurs du Canada. Le groupe de travail s'est occupé des besoins d'accès aux renseignements médicaux personnels à des fins de gestion des soins de santé. Dans un rapport présenté à Santé Canada, il énonce les principes suivants<sup>159</sup> :

- Le caractère confidentiel de l'information, dans le domaine de la prestation des soins de santé, revêt une grande importance pour les Canadiens. La crainte que des renseignements médicaux personnels soient divulgués à d'autres peut nuire à la confiance qui est essentielle dans les relations entre patients et fournisseurs et amener donc les patients à hésiter à obtenir des soins ou à donner des renseignements que les fournisseurs ont besoin de connaître pour administrer un traitement approprié.
- Même si le droit individuel à la protection des renseignements médicaux personnels est d'une grande importance, il n'est pas absolu. Ce droit doit s'exercer dans des limites raisonnables, prescrites par la loi, de façon à réaliser l'équilibre entre le droit à la vie privée et les besoins sociaux dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.
- Toute personne a droit à la protection de ses renseignements médicaux personnels, peut décider des conditions dans lesquelles ces renseignements sont recueillis, utilisés ou divulgués, a le droit de connaître l'existence de ses

---

<sup>158</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Quatorzième rapport*, 37<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session, 14 décembre 2001.

<sup>159</sup> Groupe de travail sur la protection de la vie privée, *Principes de protection des renseignements personnels en matière de santé au Canada*, rapport présenté à Santé Canada, décembre 2000.



dossiers médicaux, d'y avoir accès et d'en vérifier l'exactitude, et doit avoir des recours quand elle soupçonne une violation de sa vie privée.

- En contrepartie, les fournisseurs et les organisations de soins de santé ont l'obligation de considérer les renseignements médicaux personnels comme confidentiels; de prendre des mesures de sécurité adéquates pour préserver la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels; de n'utiliser des renseignements identifiables qu'avec le consentement de la personne en cause, sauf si la loi impose le contraire ou, dans des conditions strictes, s'il existe des preuves concluantes que le bien public l'exige; de limiter la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements médicaux personnels à l'information non identifiable, sauf s'il est possible de démontrer la nécessité de renseignements identifiables; et de mettre en œuvre les politiques, procédures et pratiques nécessaires pour assurer la protection des renseignements personnels.

Lorsque le Comité s'est réuni en décembre 2001 pour examiner les progrès réalisés au sujet de l'application de la LPRPDE aux soins de santé, il a appris qu'en dépit du fait que les membres du Groupe de travail sur la protection de la vie privée s'entendaient sur de nombreuses questions, ils n'étaient pas encore parvenus à une position finale commune. Le Groupe de travail était d'avis que la formation d'un consensus nécessiterait la participation active et le leadership du gouvernement fédéral. Pour sa part, le gouvernement fédéral estimait que les préoccupations des membres du Groupe de travail devaient être réglées entre eux-mêmes et le commissaire à la protection de la vie privée.

Le Comité croit que d'autres conseils et lignes directrices sont nécessaires pour guider la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé. À cette fin, toutes les parties en cause doivent participer à un effort collectif constructif pour résoudre les problèmes qui se posent, et le gouvernement devrait donner l'exemple. Comme il l'a mentionné dans son quatorzième rapport, le Comité recommande :

**Que des discussions se poursuivent entre les intervenants, le commissaire à la protection de la vie privée et les ministères fédéraux et provinciaux qui s'occupent de la prestation, de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des services de santé.**

Comme beaucoup d'autres Canadiens, les membres du Comité accordent une très grande importance à la protection des renseignements médicaux personnels. Ils reconnaissent en même temps l'étendue du risque couru si l'accès à ces renseignements est sommairement refusé par suite de menaces perçues pour la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels. Au

***le Comité croit que les Canadiens doivent procéder à un examen soigneux et réfléchi des raisons pour lesquelles l'accès à des renseignements personnels est nécessaire aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins, des avantages sociaux dont profitent les Canadiens en conséquence, à titre individuel et collectif, et des conditions auxquelles il faut satisfaire pour obtenir cet accès.***



lieu d'accorder une valeur absolue au droit à la vie privée, le Comité croit que les Canadiens doivent procéder à un examen soigneux et réfléchi des raisons pour lesquelles l'accès à des renseignements personnels est nécessaire aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins, des avantages sociaux dont profitent les Canadiens en conséquence, à titre individuel et collectif, et des conditions auxquelles il faut satisfaire pour obtenir cet accès. Par suite de ses responsabilités de longue date dans le financement des soins et de la recherche en santé, le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle de premier plan pour sensibiliser le public et favoriser un débat élargi sur ces questions.

Le projet d'*Études de cas sur l'utilisation secondaire des renseignements personnels dans la recherche en santé* (décembre 2001) des IRSC constitue un excellent modèle pour encourager la discussion et favoriser une meilleure compréhension grâce à des exemples très concrets de projets réels de recherche en santé faisant une utilisation secondaire de renseignements personnels. Des efforts parallèles déployés par d'autres pour présenter des études de cas semblables illustrant pourquoi et comment des renseignements personnels sont utilisés à des fins de gestion des soins de santé seraient extrêmement précieux. Compte tenu de ce qui précède, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, élabore et mette en œuvre un programme de sensibilisation du public destiné à assurer une meilleure compréhension :**

- **de la nature et de la raison d'être des grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels, qui doivent être tenues pour assurer le fonctionnement d'un système public de soins de santé;**
- **du besoin essentiel de faire une utilisation secondaire de telles bases de données aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins.**

Cela étant dit, le Comité croit que si les Canadiens autorisaient une utilisation limitée des renseignements médicaux personnels dans des fonctions essentielles, comme la recherche en santé et la gestion des soins, il serait impératif de protéger adéquatement ces renseignements. Nous tenons à insister sur l'importance de veiller, en même temps, à ce que les Canadiens soient persuadés du respect du caractère privé de leurs renseignements médicaux personnels. Une fois de plus, nous considérons que le gouvernement fédéral a un grand rôle à jouer à cet égard pour susciter une pleine discussion des questions éthiques qui se posent et une étude des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que l'utilisation secondaire de renseignements personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins se fait d'une manière ouverte, transparente et responsable. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de**

concert avec d'autres intervenants intéressés, se charge de favoriser :

- une discussion et un examen réfléchis des questions éthiques, concernant notamment le consentement éclairé, que pose l'utilisation secondaire des renseignements médicaux personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins;
- une étude approfondie des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que les bases de données contenant des renseignements médicaux personnels sont efficacement créées, tenues et protégées et que leur utilisation aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins est faite d'une manière ouverte, transparente et responsable.

#### 5.7.5 La confidentialité de l'information génétique

Nous avons examiné, dans la section précédente, le caractère confidentiel des renseignements médicaux personnels tirés de bases de données faisant partie du système actuel de soins de santé. Le Comité reconnaît que les nouvelles technologies d'analyse des gènes introduisent de nouveaux aspects dans la gestion des renseignements médicaux personnels. La capacité en pleine expansion d'établir des liens entre des séquences d'ADN et certaines maladies promet d'améliorer considérablement les soins qu'il sera possible de donner, mais augmente les possibilités d'atteinte à la vie privée de l'individu et de ses proches. De plus, les technologies permettent de prédire des maladies dont les symptômes ne sont pas encore évidents. Toutefois, la majorité de ces prédictions représentent surtout une probabilité accrue d'incidence de la maladie, le test étant souvent de nature plus statistique (révélant, par exemple, deux ou trois fois plus de chances de contracter la maladie par rapport à l'ensemble de la population) qu'absolue (comme dans le cas de la maladie de Huntington).

L'application des nouvelles techniques génétiques à la santé humaine en est encore à ses premiers balbutiements, mais certains de leurs avantages et inconvénients possibles sont déjà évidents. On peut craindre, par exemple, que l'accès à l'information génétique d'une personne ne puisse influencer sur ses chances d'obtenir un emploi ou de l'assurance.

Le Comité a été heureux d'apprendre que des discussions interministérielles portant sur une vaste gamme de sujets sont en cours au sein du gouvernement fédéral. Il encourage la poursuite de ces discussions en vue d'aboutir à des conseils et des lignes directrices sur les moyens de régler ces questions complexes au mieux des intérêts des Canadiens.

***Le Comité a été heureux d'apprendre que des discussions interministérielles portant sur une vaste gamme de sujets sont en cours au sein du gouvernement fédéral. Il encourage la poursuite de ces discussions en vue d'aboutir à des conseils et des lignes directrices sur les moyens de régler ces questions complexes au mieux des intérêts des Canadiens.***



### 5.7.6 Les situations possibles de conflit d'intérêts

Dans le domaine de la santé humaine, les progrès réalisés dépendent souvent de la participation de chercheurs du monde universitaire, du gouvernement et du secteur privé. Les limites entre ces groupes s'estompent de plus en plus, tandis qu'augmentent la confiance mutuelle et la collaboration entre eux. Par exemple :

- En grande majorité, la recherche en santé dont les résultats sont publiés au Canada est l'œuvre de chercheurs d'établissements universitaires qui obtiennent du financement du gouvernement, de sources philanthropiques et du secteur privé.
- Les chercheurs du milieu universitaire sont, de plus en plus souvent, animés de l'esprit d'entreprise. Ils fondent souvent de nouvelles sociétés qui assurent une croissance économique rapide dans la révolution biologique.
- Les sociétés privées tirent de la recherche universitaire beaucoup de leurs idées commerciales, y compris de nouvelles interventions en santé. Elles commencent à créer des centres de recherche en milieu universitaire en contrepartie d'un droit de premier refus sur la propriété intellectuelle des résultats obtenus.
- Le gouvernement réglemente les interventions en santé, tout en contribuant à la création de nouvelles connaissances grâce à ses recherches internes. Les règlements dépendent de recherches effectuées par le secteur privé, souvent dans des établissements universitaires, qui sont évaluées par les scientifiques du gouvernement, parfois avec l'aide et les conseils de scientifiques du milieu universitaire.

Les possibilités de conflit d'intérêts sont évidentes. On peut craindre en outre que le souci de protéger la propriété intellectuelle et les intérêts commerciaux dans le secteur privé ne nuise à l'exécution ou à la publication de la recherche effectuée dans des établissements publics ou à l'aide de fonds publics. Les médias ont à juste titre concentré leur attention sur des cas où ces craintes s'étaient concrétisées.

Le Comité reconnaît que la recherche industrielle est un élément essentiel de la recherche en santé et des soins de santé. En fait, notre capacité croissante de favoriser la santé et de prévenir, diagnostiquer ou traiter les maladies est, pour une grande part, attribuable au secteur privé. De plus, malgré un certain nombre de cas de conflit d'intérêts qui

***le Comité est d'avis que la majorité des travaux du secteur privé reflètent des normes élevées d'éthique et répondent pleinement aux attentes des Canadiens à cet égard. Il n'y a pas de doute d'ailleurs que les entreprises ne peuvent pas espérer survivre dans le monde actuel en faisant fi des aspirations de la société.***

ont fait les manchettes, le Comité est d'avis que la majorité des travaux du secteur privé reflètent des normes élevées d'éthique et répondent pleinement aux attentes des Canadiens à cet égard. Il n'y a pas de doute d'ailleurs que les entreprises ne peuvent pas espérer survivre dans le monde actuel en faisant fi des aspirations de la société.



Le Comité comprend cependant que le rôle de plus en plus important assumé par le secteur privé dans la recherche canadienne en santé, surtout sur le plan des essais cliniques, suscite des préoccupations. Cela ressort d'un récent éditorial de l'International Committee of Medical Journal Editors, qui exposait les règles de base à observer pour éviter les conflits d'intérêts dans les publications<sup>160</sup>. Il est nécessaire, en particulier, de trouver un équilibre approprié entre la recherche clinique effectuée en milieu universitaire, la possibilité de comparer différents traitements de la même maladie, l'importance accordée dans la recherche aux maladies assurant les bénéfices les plus importants (par exemple les maladies des pays riches, par opposition à celles des pays pauvres), la publication de résultats négatifs (nécessité d'établir un registre de tous les essais cliniques) et d'autres domaines connexes.

Le Comité se réjouit du travail accompli par les IRSC en vue de resserrer la collaboration entre le monde universitaire et le secteur privé dans le domaine de la recherche en santé grâce au Programme Université-industrie et au Programme Rx&D<sup>161</sup>. Nous comprenons qu'il est important d'encourager les partenariats des IRSC avec l'industrie. Nous nous rendons compte en même temps qu'il faut déterminer s'il convient d'établir des lignes directrices explicites, qui contribueraient à l'examen des aspects des relations des IRSC avec l'industrie pouvant poser des problèmes d'éthique. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que les Instituts de recherche en santé du Canada, en partenariat avec le secteur privé et d'autres intervenants, continuent d'étudier les aspects éthiques des relations entre les secteurs afin de veiller à ce que la collaboration et les partenariats jouent dans l'intérêt de tous les Canadiens.**

---

<sup>160</sup> Voir *Journal de l'Association médicale canadienne*, 18 septembre 2001, vol. 165, p. 786-788.

<sup>161</sup> Partenariat entre les IRSC et les sociétés pharmaceutiques canadiennes axées sur la recherche.



## CHAPITRE SIX

### PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES SOINS DE SANTÉ

---

Dans ses rapports antérieurs, le Comité a parlé de l'importance de bien comprendre les nombreuses questions complexes liées aux ressources humaines dans le secteur des soins de santé. Il a suggéré, dans le volume quatre, qu'il s'agit d'un des secteurs où l'on peut légitimement parler de crise. Tous les faits et témoignages recueillis par la suite, que ce soit auprès de témoins représentant toute la gamme des professionnels de la santé ou dans des études universitaires ou des rapports récents, ont confirmé cette constatation. Dans le présent chapitre, nous examinons ces témoignages et présentons nos recommandations regroupées sous deux titres principaux : l'élaboration d'une stratégie nationale pour faire face à la crise qui secoue les ressources humaines de la santé, et la réforme de la prestation des soins primaires en ce qui concerne les ressources humaines<sup>162</sup>.

#### **6.1 Une stratégie nationale pour réaliser l'autosuffisance en matière de ressources humaines de la santé**

D'après un sondage réalisé par l'ICIS au début de 2001 auprès de décideurs, de gestionnaires et d'organismes cliniques, les ressources humaines sont la priorité pour les deux à cinq prochaines années<sup>163</sup>. La principale manifestation des difficultés vécues dans ce domaine est le manque de professionnels qualifiés. Jusqu'au grand public qui s'inquiète des pénuries de ressources humaines, si l'on en juge d'après les résultats de récentes consultations menées par le gouvernement de l'Ontario. L'augmentation du nombre de médecins et d'infirmières dans le système est vu comme la priorité absolue en matière de soins de santé par 35 % des 400 000 et quelques foyers sondés, soit le plus important pourcentage accordé à une question<sup>164</sup>.

##### **6.1.1 Pénuries de professionnels de la santé**

Le D John Ruedy, de la Capital District Health Authority (Autorité sanitaire régionale de la capitale, ou ASRC) à Halifax, a brossé un tableau d'ensemble des pénuries touchant tous les aspects de la prestation des soins de santé. Il a informé le Comité que :

*L'ASRC a en effet dû réduire dernièrement ses services aux hospitalisés et ses services de chirurgie à cause d'une pénurie de personnel infirmier qualifié. Il y a actuellement 175 postes à pourvoir en soins infirmiers à l'ASRC, et il semble peu probable que nous arrivions à les combler malgré nos efforts de recrutement auprès des nouveaux diplômés, le rehaussement du poste d'infirmière auxiliaire autorisée et les autres stratégies adoptées pour accroître notre bassin d'infirmières. Il nous a également fallu interrompre récemment notre programme de greffe du foie, qui pourtant fonctionnait bien, à cause du manque de*

---

<sup>162</sup> Pour un examen plus systématique des données et des chiffres concernant les ressources humaines de la santé, nous invitons le lecteur à consulter les volumes deux et quatre de l'étude courante du Comité.

<sup>163</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dispensateurs de soins au Canada*, 2001, p. 99.

<sup>164</sup> The Strategic Counsel, *Dialogue public sur la santé : Résumé*, janvier 2002, p. 20.



*chirurgiens transplantologues. De graves pénuries frappent aussi d'autres disciplines, notamment la pharmacie, les techniques de laboratoire et la radiothérapie*<sup>165</sup>.

Le Comité constate qu'aucune région du Canada et aucune discipline des soins de santé ne semble avoir été épargnée par cette pénurie de personnel. Par exemple, une étude réalisée pour le rapport Mazankowski, publié en janvier 2002, montre que l'Alberta a besoin dès maintenant de 333 médecins équivalents temps plein et que, d'ici 2004-2005, il lui faudra 1 329 médecins de plus, soit une augmentation de 29 %<sup>166</sup>. L'Association of

***Le Comité constate qu'aucune région du pays et aucune discipline des soins de santé ne semble avoir été épargnée par cette pénurie de personnel.***

Registered Nurses of Newfoundland and Labrador a informé le Comité que «le nombre de diplômés ne permet pas de répondre à la demande *actuelle*<sup>167</sup> » et que « l'actuel nombre de diplômés est inférieur de 40 % à ce qu'il était au début des années 1990, époque à laquelle » le nombre de places subventionnées dans les programmes de soins infirmiers « était plus élevé (180 comparativement à 273) »<sup>168</sup>.

La pénurie de personnel infirmier touche non seulement les infirmières autorisées mais aussi les infirmières auxiliaires et les aides infirmières. M. Paul Moist, président du Syndicat canadien de la fonction publique au Manitoba, a souligné qu'il manque 600 infirmières auxiliaires autorisées à Winnipeg, sans parler du reste de la province<sup>169</sup>. Le même phénomène s'observe dans les professions paramédicales. Selon M Ron Elliott, président de l'Association des pharmaciens du Canada :

*Comme pour les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé, il y a une pénurie de pharmaciens. Selon nos estimations, il manque 1500 pharmaciens à plein temps au Canada. Le problème est particulièrement grave dans les hôpitaux et en milieu rural*<sup>170</sup>.

Dans son témoignage devant le Comité, Elisabeth Ballerman, présidente de la Health Sciences Association of Alberta, a souligné que plus d'une vingtaine de disciplines connaissent de graves lacunes, dont les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, les techniciens en radiographie ou de laboratoire médical et les inspecteurs de la santé publique<sup>171</sup>.

Le D<sup>r</sup> Ruedy souligne que la crise sévit aussi ailleurs, par exemple en Irlande :

*Dans un des hôpitaux, ils comptaient sur 200 infirmières d'Indonésie pour prodiguer des soins infirmiers adéquats. Tout le personnel affecté au nettoyage venait de Lettonie et*

<sup>165</sup> Mémoire présenté au Comité le 6 novembre 2001, p. 1-2.

<sup>166</sup> *A Framework for Reform. Context Papers: Do We Have a Shortage of Health Care Professionals*, Conseil consultatif du Premier ministre sur la santé, décembre 2001, p. 4.

<sup>167</sup> Mémoire présenté au Comité le 5 novembre 2001, p. 5.

<sup>168</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>169</sup> 30:87.

<sup>170</sup> 38:62.

<sup>171</sup> 32:62 et mémoire présenté au Comité le 17 octobre 2001, p. 1-2.

*ne parlait pas anglais. C'est donc un problème universel, mondial, et il va en s'empirant*<sup>172</sup>.

Le vieillissement des travailleurs de la santé est un des facteurs qui exacerbera la pénurie. L'ICIS a signalé qu'entre 1994 et 2000, l'âge moyen des Canadiens travaillant dans le domaine de la santé avait augmenté de presque deux ans, passant de 39,1 à 40,8 ans<sup>173</sup>. Cette tendance est la même chez pratiquement tous les fournisseurs de soins de santé. Le Comité avait souligné dans son rapport précédent que l'âge moyen des médecins était passé de 46,4 à 47,5 ans entre 1996 et 2000, tandis que l'ICIS a remarqué que l'âge moyen des infirmières était de 43 ans en 2000, alors qu'il n'était que de 41 ans en 1994<sup>174</sup>. Le vieillissement de l'effectif signifie qu'il faudra encore accroître le nombre de diplômés pour remplacer les professionnels de la santé qui prendront leur retraite à un rythme accéléré.

### **6.1.2 Vers l'autonomie en ressources humaines de la santé**

Le Comité croit fermement que l'une des principales conséquences de la pénurie mondiale de ressources humaines de la santé, c'est qu'elle force les pays à déterminer comment ils peuvent réaliser l'autosuffisance à cet égard. Ce constat s'impose particulièrement au Canada, parmi tous les pays industrialisés. Ainsi, comme le Comité l'a fait observer dans ses rapports antérieurs, de tous les pays industrialisés, le Canada est celui où les jeunes ont le moins de chance de pouvoir faire des études de médecine. D'après l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le

***Le Comité croit fermement que l'une des principales conséquences de la pénurie mondiale de ressources humaines de la santé, c'est qu'elle force les pays à déterminer comment ils peuvent réaliser l'autosuffisance à cet égard.***

Canada est presque en dernière place, parmi les pays de l'OCDE, pour ce qui du rapport entre le nombre de médecins et la population. Cela s'explique principalement par la diminution des inscriptions dans les écoles de médecine par suite de la mise en œuvre de certaines recommandations contenues dans le rapport Barer-Stoddart, publié en 1991.

Dans le passé, le Canada a compté sur les diplômés en médecine internationaux pour combler les lacunes. Or, le D<sup>r</sup> John A. Cairns, doyen de la médecine à l'Université de la Colombie-Britannique, a expliqué au Comité que le Canada ne peut plus recourir à cette pratique. Il a souligné que la majorité des étudiants en médecine internationaux :

*[...] provenaient traditionnellement du Royaume-Uni, mais les débouchés dans la profession au Royaume-Uni et au Canada ne sont plus en faveur du Canada. Nous avons des gens qui retournent au Royaume-Uni et nous avons de grandes difficultés à recruter là actuellement. Nous avons considéré l'Afrique du Sud. La moralité de cela est hautement suspecte*<sup>175</sup>.

L'AFMC est même allée plus loin récemment :

---

<sup>172</sup> 42:83.

<sup>173</sup> ICIS, *op.cit.*, p. 13.

<sup>174</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>175</sup> 33:76.



*Il convient de douter sérieusement de la moralité du fait de recruter des médecins dans des pays défavorisés sur le plan économique. Le Canada est un pays riche, et il est convenu mal de laisser des pays plus pauvres engager les lourdes dépenses nécessaires pour former des médecins et les voir ensuite recrutés avec insistance par un pays plus riche, qui n'est pas prêt à investir lui-même dans l'enseignement de la médecine<sup>176</sup>.*

Le fait que les pays industrialisés recrutent des médecins et d'autres professionnels de la santé dans les pays en développement cause d'énormes inquiétudes à des États comme l'Afrique du Sud. Le Comité a appris que ce problème est tellement sérieux qu'à au moins deux occasions en 2001, de hauts fonctionnaires, dont le haut commissaire d'Afrique du Sud, ont rencontré des représentants du Collège des médecins et chirurgiens du Canada pour les alerter au nombre alarmant de médecins, de chirurgiens et d'infirmières de leurs pays qui émigrent vers d'autres pays, comme le Canada.

Le Comité estime aussi qu'il est inacceptable que le Canada fasse du maraudage pour recruter l'élite parmi les diplômés des pays en développement. Il est donc convaincu que, dans un tel contexte, la seule autre solution consiste à viser l'autonomie. Pour ce faire, il faudra notamment fixer des chiffres cibles pour les divers types de fournisseurs de soins de santé nécessaires, tâche qui est loin d'être facile.

***[...] il est clair pour le Comité qu'il faut poursuivre les récents efforts visant à accroître le nombre de diplômés des écoles de médecine du Canada.***

Malgré ces difficultés, il est clair pour le Comité qu'il faut poursuivre les récents efforts visant à accroître le nombre de diplômés des écoles de médecine du Canada, surtout que la main-d'œuvre médicale doit faire face à de nombreux changements. Beaucoup de nouveaux diplômés cherchent un meilleur équilibre entre la vie familiale et professionnelle et ne sont plus disposés à travailler de trop longues heures. Il faudra donc accroître le nombre de diplômés. En outre, le Comité estime qu'il faudra aussi augmenter le nombre de places dans les programmes d'études supérieures, lequel est actuellement fixé à un par étudiant diplômé. Comme il l'a signalé dans ses rapports antérieurs, le financement d'un plus grand nombre de ces postes permettra d'intégrer plus rapidement les diplômés en médecine internationaux souhaitant se faire accréditer au Canada, et donnera aussi aux médecins plus de souplesse dans la planification de leur carrière.

***Il est donc clair aux yeux du Comité qu'il faut augmenter considérablement le nombre de diplômés en sciences infirmières et dans d'autres domaines paramédicaux, et que le gouvernement fédéral doit favoriser cette augmentation.***

Divers témoins ont également constaté une baisse du nombre de diplômés dans d'autres disciplines. La Saskatchewan Registered Nurses' Association a souligné qu'au Canada, au début des années 90, les programmes de soins infirmiers produisaient 10 000 diplômés, alors que

<sup>176</sup> Association des facultés de médecine du Canada, *Strategic Planning for a Sustainable System of Health Care in Canada*, octobre 2001, p. 13.



le nombre est tombé à 4 000 de nos jours; de plus, pendant la même période, la Saskatchewan a perdu 300 places subventionnées, ce qui a entraîné des listes d'attente plus longues pour les candidats compétents<sup>177</sup>.

Selon la Health Sciences Association of Alberta (HSAA) :

*Les inscriptions à de nombreux programmes ont diminué en raison de compressions appliquées tant dans les soins de santé que dans les programmes d'études supérieures. Ainsi, les écoles de technologie de laboratoire médical en Alberta ont ramené les inscriptions de 40 à 20<sup>178</sup>.*

De plus :

*Si l'on remonte plus loin, on constate que les inscriptions dans les collèges et universités non seulement n'ont pas suivi l'augmentation de la demande en soins de santé, mais ont même diminué dans de nombreux cas. Selon Développement des ressources humaines Canada (dans son programme Emploi-avenir 2000), il y a diminution du nombre de diplômés dans les disciplines paramédicales. Selon DRHC, on dénombrait en 1997, à l'échelle du Canada, 530 diplômés en technologie de laboratoire médical, soit une diminution de 42 % par rapport à 1987. L'imagerie diagnostique a connu une baisse de 15 % de ses diplômés pendant la même période. Ce sont des chiffres étonnants quand on sait que la demande d'employés techniques et professionnels augmente, poussée tant par les nouvelles technologies que par la croissance démographique<sup>179</sup>.*

À la baisse du nombre de diplômés s'ajoute ce que l'on pourrait appeler une « progression insidieuse des compétences », c'est-à-dire l'augmentation graduelle du niveau d'études nécessaire pour occuper un emploi dans un domaine donné, souvent attribuable à la complexité croissante des tâches à exécuter. La HSAA donne l'exemple de l'Institut Michener en Ontario, dont le programme de deux ans en technologie de la radiation médicale et en médecine nucléaire dure maintenant cinq ans, et celui de la proposition en Alberta voulant que l'on exige des études de niveau de maîtrise pour les physiothérapeutes en pratique clinique<sup>180</sup>.

Cette « progression insidieuse des compétences » a pour effet d'allonger la durée de formation des nouveaux diplômés, lesquels doivent dorénavant consacrer plus de temps et d'argent à l'obtention d'un diplôme et s'attendent par conséquent à des salaires proportionnels à leur niveau d'instruction. De plus, la prolifération de nouveaux appareils fait qu'il faut prévoir une formation continue, processus qui exerce encore plus de pressions sur des ressources financières et humaines limitées. Il est inutile d'investir dans des appareils coûteux s'il n'y a pas suffisamment de personnel pour les utiliser comme il se doit.

Il est donc clair aux yeux du Comité qu'il faut augmenter considérablement le nombre de diplômés en sciences infirmières et dans d'autres domaines paramédicaux, et que le gouvernement fédéral doit favoriser cette augmentation. Le Comité recommande donc :

---

<sup>177</sup> Mémoire présenté au Comité le 16 octobre 2001, p. 7.

<sup>178</sup> Mémoire présenté au Comité le 17 octobre 2001, p. 4.

<sup>179</sup> *Ibid.*

<sup>180</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 5-6.

### **Que le gouvernement fédéral :**

- **Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que toutes les écoles de médecine et de sciences infirmières reçoivent les augmentations de financement nécessaires pour leur permettre d'accroître le nombre d'inscriptions.**
- **Envisage des mécanismes permettant un financement fédéral direct afin de soutenir un plus grand nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine et de soins infirmiers, et assure la stabilité du financement en vue de la formation de professionnels paramédicaux.**
- **Examine les programmes de prêts étudiants offerts aux professionnels de la santé et y apporte les modifications nécessaires afin que les augmentations inévitables de frais de scolarité, particulièrement en médecine, ne nuisent pas aux étudiants défavorisés sur le plan socioéconomique.**
- **Fournisse une aide particulière aux étudiants en soins infirmiers au titre des frais de scolarité, quitte à abolir complètement ces frais pour une période limitée.**
- **Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que la rémunération des différentes catégories de professionnels de la santé tienne compte du niveau de formation réel exigé d'eux.**

#### **6.1.3 Accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé autochtones**

Dans ses rapports précédents, le Comité a signalé un grave manque de fournisseurs de soins de santé d'origine autochtone. Nombre de témoins ont abordé cette question, particulièrement la formation de médecins autochtones. Le D<sup>r</sup> Henry Haddad, président de l'AMC, a souligné qu'à sa connaissance, le pays ne compte qu'une cinquantaine de médecins d'origine autochtone<sup>181</sup>, soit moins d'un dixième de un pour cent des 57 000 et quelques médecins exerçant au Canada en 2000<sup>182</sup>.

La D<sup>re</sup> Joanna Bates, doyenne associée des admissions à l'Université de la Colombie-Britannique, a fait part au Comité de certaines mesures prises par l'Université pour encourager un plus grand nombre d'étudiants autochtones à choisir une carrière dans le domaine de la santé. Il faut, tout d'abord, cerner un certain nombre d'obstacles qui s'élèvent avant même que les élèves autochtones ne terminent l'école secondaire :

---

<sup>181</sup> 42:102.

<sup>182</sup> ICIS, 2001.

*[...] nous devons identifier un certain nombre de barrières importantes à l'acceptation et à la participation des Autochtones et des étudiants admis dans les facultés, non seulement en médecine mais aussi dans d'autres carrières en santé. Il faut en particulier se pencher sur les premiers niveaux d'études que doivent réussir les Autochtones afin d'atteindre le niveau d'éducation requis pour être admis dans des facultés professionnelles. Le décrochage et l'abandon avant la fin des études secondaires empêchent de nombreux élèves autochtones d'atteindre le niveau d'instruction voulu pour même envisager une carrière professionnelle en soins de santé*<sup>183</sup>.

D'autres obstacles liés aux différences culturelles constituent des embûches lors du processus d'entrée, notamment les modalités d'admission conçues pour les non-Autochtones :

*[...] celles-ci ne tiennent pas compte des processus de communication des Autochtones élevés dans les réserves. Par exemple, nous privilégions dans nos rapports les contacts visuels, ce qui ne se fait pas dans la culture autochtone*<sup>184</sup>.

La D<sup>re</sup> Bates a bien expliqué qu'il ne s'agit pas d'appliquer des normes différentes aux étudiants selon leurs antécédents, mais bien d'être pleinement conscients de toute l'incidence que peuvent avoir les comportements et les sensibilités conditionnés par le vécu culturel. Comme elle l'a dit :

*[...] nous ne voulons absolument pas dire des normes inférieures d'admission. On nous pose souvent cette question. Nous avons des normes d'admission similaires pour tous les candidats, mais nous estimons que nous n'avons pas identifié correctement l'excellence et la performance dans certains groupes, y compris [chez] les étudiants autochtones*<sup>185</sup>.

Le Comité appuie ce genre d'initiative. Il est également heureux de constater l'aide financière fournie aux étudiants autochtones par certains organismes comme l'AMC. À cet égard, des témoins ont signalé que les augmentations des frais de scolarité compliquent le problème du recrutement d'étudiants autochtones et d'autres minorités dans les professions de la santé. Comme l'a expliqué par exemple le D<sup>r</sup> John Ruedy, de l'Autorité sanitaire régionale de la capitale à Halifax :

*Nous avons eu, dans cette province, une difficulté incroyable à attirer nos Autochtones, nos Micmacs et nos Noirs à l'école de médecine. C'est attribuable en partie au fait que les divers milieux, que ce soit l'école secondaire, la maison ou les pairs, donnent l'impression que c'est hors de portée pour ces personnes en raison du coût. Ils ont l'intelligence, c'est purement économique. Les très importantes augmentations des frais de scolarité des cinq dernières années n'ont pas aidé du tout*<sup>186</sup>.

Le Comité recommande par conséquent :

---

<sup>183</sup> 33:58.

<sup>184</sup> 33:59

<sup>185</sup> 33:59

<sup>186</sup> 42:93



**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les facultés de médecine et de sciences infirmières afin de financer des places à l'intention des étudiants d'origine autochtone, en plus des places offertes à la population générale.**

#### **6.1.4 Faire face à l'exode des cerveaux**

Dans ses rapports antérieurs, le Comité a souligné que, dans le cas des médecins comme des infirmières – soit les deux groupes de professionnels de la santé les plus touchés par l'émigration –, c'est le sentiment de ne pas pouvoir pratiquer dans toute la mesure de la formation reçue qui les pousse à quitter le pays. Ce constat contredit l'impression qu'ont certaines personnes que les allègements fiscaux suffiraient à eux seuls à convaincre les professionnels de la santé de rentrer au pays.

Selon Ross Finnie, de l'Université Queen's, qui s'est penché récemment sur cet exode des cerveaux, un réinvestissement général dans le système de soins de santé aurait pour effet de créer une sorte de cercle vertueux dans les orientations. En réaffirmant que l'amélioration des soins de santé constitue en soi un objectif louable, on aiderait à créer les conditions nécessaires au ralentissement de la fuite des cerveaux. Le bassin de professionnels de la santé s'en trouverait enrichi, ce qui accroîtrait la capacité du système de fournir le genre de soins pour lesquels ces professionnels ont été formés.<sup>187</sup>

Il convient de souligner que les recruteurs à l'étranger sont très sensibles à la volonté des professionnels canadiens d'exercer leur métier dans toute la mesure de la formation reçue. C'est ce qu'illustre un article de *La Presse* en citant un recruteur de Lausanne, en Suisse, qui a sollicité des infirmières du Québec pendant plus de 25 ans. Selon lui, «les deux tiers des Québécois qui débarquent chez nous disent dans leurs lettres de motivation qu'ils veulent pouvoir répondre réellement à la politique en soins pour laquelle ils ont été formés<sup>188</sup>». Ce recruteur a si bien réussi au fil des ans que son hôpital compte 249 infirmières originaires du Québec, et que les Québécois composent 15 % de son effectif total.

Il n'y a pas de solution miracle pour améliorer suffisamment les conditions de travail dans les hôpitaux du Canada pour qu'il soit possible de recruter et de conserver les diplômés en soins de la santé. Le Comité a présenté dans le quatrième volume de son rapport toute la gamme des facteurs à corriger afin d'atténuer la crise des soins infirmiers :

- le lieu de travail doit lui-même être sain et sûr;
- les instruments de travail doivent être disponibles;
- le travail à faire doit être assez intéressant et agréable pour apporter une satisfaction intrinsèque à celle qui l'exécute, tout en étant bien récompensé, valorisé et respecté à l'extérieur de la profession;

---

<sup>187</sup> Ross, Finnie, « The Brain Drain: Myth and Reality — What It Is and What Should be Done », dans *Choices*, vol. 7, n° 6, novembre 2001, p. 18.

<sup>188</sup> Gilles Toupin, « La Suisse maraude les infirmières québécoises », *La Presse*, 21 juillet 2001.

- les heures de travail doivent faciliter la juxtaposition de la vie familiale et de la vie professionnelle, surtout dans un domaine dont l'effectif est majoritairement féminin.

Le Comité estime par ailleurs qu'il faut envisager des mesures visant précisément à corriger le problème de l'exode des professionnels de la santé. Étant donné qu'il faudra des années avant de pouvoir former un nombre suffisant de nouveaux diplômés, il est tout à fait logique de chercher à rapatrier les Canadiens ayant déjà la formation, l'expérience et les compétences requises.

***Le Comité estime par ailleurs qu'il faut envisager des mesures visant précisément à corriger le problème de l'exode des professionnels de la santé.***

D'après le Comité, ce projet doit comporter deux volets. D'une part, les différents ordres de gouvernement et les diverses associations professionnelles doivent travailler ensemble pour faire connaître aux Canadiens qui vivent à l'étranger les changements apportés au système de soins de santé et les nouvelles possibilités qui en découlent pour l'exercice de la profession. Le Comité constate que la Nouvelle-Écosse a lancé récemment une campagne de ce genre d'une durée de six semaines pour courtiser les infirmières qui ont déménagé aux États-Unis<sup>189</sup>.

Par ailleurs, il faut aussi envisager des incitatifs à court terme qui puissent rendre plus attrayant le retour au pays et couvrir certains des frais liés à la remise sur pied d'un cabinet. Dans un récent article intitulé « Why do highly skilled Canadians stay in Canada? », les auteurs soulignent que :

*À la fin des années 1960, après 10 années d'exode des cerveaux vers les États-Unis, le Canada a réussi à rappeler les universitaires canadiens dans son giron grâce à une combinaison de perspectives professionnelles intéressantes et de trois années de remises d'impôt fédéral<sup>190</sup>.*

Le Dr Peter Barrett, président de l'AMC, a proposé de recourir à ce précédent historique pour concevoir un type d'allégement fiscal à court terme ciblant les médecins. Le Comité estime que de telles mesures pourraient aussi être envisagées à l'égard des infirmières et d'autres professionnels de la santé en situation de pénurie, quand il est clair qu'ils ont quitté le pays en grand nombre pour aller travailler à l'étranger. Le Comité recommande par conséquent :

**Que, pour faciliter le retour au Canada de professionnels de la santé canadiens travaillant à l'étranger, le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les associations professionnelles afin d'informer ces professionnels des nouvelles perspectives d'emploi au Canada, et qu'il étudie la possibilité d'adopter des incitatifs fiscaux à court terme pour ceux qui sont prêts à rentrer au Canada.**

<sup>189</sup> Steve Proctor, « N.S. works to rehire nurses who went south », *Halifax Herald*, 29 novembre 2001.

<sup>190</sup> Cité dans Peter Barrett « Who Let the Docs Out? », dans *Choices*, vol. 7, n° 6, novembre 2001, p. 43. L'article original de DeVoretz et Iturralde a paru dans *Policy Options*, vol. 22, n° 2, mars 2001.



### 6.1.5 La nécessité d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines de la santé

Tout au long des audiences du Comité, les témoins ont insisté sur la nécessité d'une stratégie nationale à l'égard des ressources humaines de la santé, proposition que le Comité appuie dans le principe quatorze énoncé au chapitre deux du présent rapport. Il reste cependant à déterminer qui doit assumer l'élaboration d'une telle stratégie et comment elle doit être mise en œuvre. Les recommandations déjà formulées dans le présent chapitre expliquent pourquoi une telle stratégie est nécessaire.

***Ainsi, le Comité voit mal comment il serait possible de réaliser l'autonomie en matière de ressources humaines de la santé à moins d'une coopération et d'une coordination à long terme entre tous les intervenants, c'est-à-dire le gouvernement, les associations professionnelles et les éducateurs dans le domaine des soins de santé.***

Ainsi, le Comité voit mal comment il serait possible de réaliser l'autonomie en matière de ressources humaines de la santé à moins d'une coopération et d'une coordination à long terme entre tous les intervenants, c'est-à-dire le gouvernement, les associations professionnelles et les éducateurs dans le domaine des soins de santé.

Il est clair par ailleurs que la nécessité d'une telle stratégie est admise depuis longtemps. On peut donc se demander pourquoi il a été si difficile de la formuler. Dans son mémoire au Comité, la British Columbia Medical Association a déclaré :

*En réalité, nous avons besoin d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé, même si l'élaboration d'une telle stratégie s'est avérée pratiquement impossible au cours des derniers trente ans*<sup>191</sup>.

De l'avis du Comité, il faut, pour aller de l'avant dans ce dossier, reconnaître qu'une telle stratégie ne saurait être « fédérale », ni être principalement ou entièrement façonnée par les instances supérieures du gouvernement; sa formulation doit plutôt mettre à contribution tous les intervenants, bien que l'on reconnaisse que la formation des professionnels des soins de santé incombe aux provinces.

D'autres facteurs militent en faveur d'une stratégie nationale. En effet, Mme June Blau, présidente de la Saskatchewan Registered Nurses' Association, a expliqué au Comité non seulement que sa province ne forme pas suffisamment d'infirmières pour combler ses propres besoins, mais en outre que d'autres provinces comptent depuis toujours sur les infirmières formées ailleurs pour répondre à leurs exigences :

*En Saskatchewan, nous sommes actuellement limités à 260 places. Il nous en faut au moins 400. À titre d'exemple, la Colombie-Britannique a toujours formé 50 % ou moins des infirmières dont elle a besoin parce qu'elle mise sur le recrutement dans d'autres provinces. Par conséquent, nous formons des infirmières, et cette province les utilise. La même philosophie s'applique depuis que je suis devenue infirmière*<sup>192</sup>.

<sup>191</sup> Mémoire présenté au Comité le 10 octobre 2001, p. 5.

<sup>192</sup> 31:7.



De l'avis du Comité, les problèmes causés par la concurrence interprovinciale pour obtenir les diplômés dans les divers domaines de la santé ne font qu'accentuer la nécessité d'élaborer une stratégie nationale des ressources humaines de la santé. La concurrence que se font les administrations, se disputant de maigres ressources humaines, risque de créer de graves disparités dans la capacité des diverses régions de dispenser des services de soins de santé.

***De l'avis du Comité, les problèmes causés par la concurrence interprovinciale pour obtenir les diplômés dans les divers domaines de la santé ne font qu'accentuer la nécessité d'élaborer une stratégie nationale des ressources humaines de la santé.***

Par ailleurs, il est également vrai que les provinces et les régions offrent chacune des attraits divers aux professionnels de la santé. L'honorable Jamie Ballem, ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, a expliqué au Comité ce qui suit :

*Nous avons parfois l'impression que les soins de santé sont fonction des sommes dépensées, du nombre de médecins disponibles, du nombre d'infirmières [...]. Toutefois, quand vous cherchez à obtenir davantage de médecins, vous vous rendez compte qu'il n'y en a pas. L'argent n'est pas le problème. Il faut davantage d'infirmières et d'infirmiers. Actuellement, il y a plus de 40 postes vacants dans notre structure de soins infirmiers. Chaque année, je fais des prévisions budgétaires pour un nombre supérieur, pour tous ces postes vacants, et [pourtant] nous verserons davantage en temps supplémentaire. Le problème n'est pas de créer plus de postes, c'est simplement d'obtenir plus de personnel.*

*Nous cherchons donc la façon d'utiliser les professionnels de la santé que nous avons : quelle sera la composition et qui fera quoi. Nous tentons de mettre au point des programmes attrayants de recrutement et de maintien en emploi. Nous cherchons à faire en sorte que le milieu de travail soit attirant afin de garder les gens chez nous. Au plan monétaire, nous ne pouvons concurrencer. Si tout n'était qu'une question de dollars et de cents, tous les praticiens seraient en Alberta. Nous cherchons à créer dans la province un contexte qui fournit à chacun une occasion attrayante de venir exercer [sa] profession<sup>193</sup>.*

Il est également clair qu'il se livre une lutte féroce pour obtenir des professionnels de la santé dans de nombreuses catégories, lutte qui oppose non seulement les diverses régions du pays, mais aussi les fournisseurs publics et privés. La Health Sciences Association of Alberta a donné au Comité les exemples suivants :

*Le secteur privé en Alberta offre des salaires comparables au secteur public en radiologie, mais les conditions et les heures de travail sont meilleures (c.-à-d. moins de quarts de travail, de fin de semaine et de rappels). Par conséquent, nous observons un exode des techniciens en imagerie diagnostique vers le secteur privé. Toutefois, les attentes à l'égard des services publics n'ont pas diminué, de sorte que les travailleurs qui restent dans le secteur public sont surchargés.*

<sup>193</sup> 43:55.

*Les services de pharmacie offrent un autre exemple de l'effet de la concurrence entre le secteur privé et le secteur public. À cause de la pénurie internationale de pharmaciens, le secteur privé verse des honoraires beaucoup plus élevés que le secteur public. À ces salaires s'ajoutent la participation aux bénéfices et d'autres indemnités qui peuvent signifier pour les pharmaciens dans le secteur privé un supplément de 20 000 \$ à 30 000 \$ par année <sup>194</sup>.*

Enfin, il existe le problème apparemment insoluble de la mauvaise répartition géographique des médecins. Dans ses rapports précédents, le Comité a maintes fois souligné que, depuis longtemps, les régions rurales et isolées ont du mal à s'approvisionner en professionnels de la santé. Au chapitre des stratégies pour accroître le nombre de médecins dans les régions rurales, le Comité a souvent entendu dire qu'en étant exposés comme étudiants à la réalité de l'exercice de la profession en milieu rural, beaucoup choisiraient de s'établir dans ces régions. Des témoins ont d'ailleurs affirmé que ce type de stratégie fonctionne. M. John Malcolm, directeur général du Cape Breton Regional Health Care Complex (Service régional des soins de santé du Cap-Breton), a présenté au Comité le point de vue suivant :

*Vous devez tenir compte des besoins du Canada rural. Lorsque le Dr Ruedy était doyen, son département nous a pressenti pour mettre sur pied un programme de médecine familiale en milieu rural. Nous avons saisi l'occasion - à tel point que nous finançons tous les coûts locaux du programme. L'université pour sa part finance ceux pour les résidents. [...]*

*Nous n'avons aucun poste vacant dans les collectivités de la Piste Cabot et, en fait, nous avons une collectivité où il semble qu'un médecin veuille venir plus souvent que nous en avons besoin l'année prochaine. Si vous exposez les gens à la possibilité d'exercer en milieu rural, ils choisiront la pratique en milieu rural tout comme j'ai décidé de vivre au Canada rural et de ne pas revenir au Canada urbain<sup>195</sup>.*

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) a récemment avancé qu'il y a trois principaux problèmes à résoudre si l'on veut en arriver à une meilleure répartition géographique :

- La concentration dans les grands centres urbains — les médecins ont tendance à se regrouper dans les régions à plus forte densité de population, c'est-à-dire celles qui offrent pour la famille un plus large éventail de possibilités sur le plan scolaire, religieux, culturel et récréatif, et plus de perspectives d'emploi pour les conjoints.
- L'exercice de la profession en milieu rural; elle comporte des exigences particulières, notamment une grande disponibilité et le danger d'épuisement au travail.
- La multiplication des débouchés dans les centres urbains à mesure que s'accroît la pénurie de médecins dans les villes.

---

<sup>194</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 5.

<sup>195</sup> 42:85-86.



D'après l'AFMC, il faut également se pencher sur les questions suivantes : le recrutement d'étudiants dont les antécédents les rendent plus aptes à pratiquer dans les régions rurales ou éloignées, le soutien aux médecins dans les régions rurales ou éloignées (suppléants), une exploitation plus judicieuse de la télésanté et une plus grande exposition des stagiaires à l'exercice en région rurale et éloignée<sup>196</sup>. Le Comité est d'accord sur ces objectifs et estime aussi que les médecins qui signent des ententes contractuelles pour l'exercice de leur profession dans des régions rurales doivent le faire de leur propre gré. Il convient de décourager l'application de mesures coercitives obligeant les médecins à exercer en région rurale ou éloignée, comme l'a souligné le groupe de spécialistes sur les ressources humaines professionnelles de la santé, dans un rapport publié par le gouvernement de l'Ontario en janvier 2001. Parmi les principes fondamentaux proposés figuraient des stratégies visant à améliorer la répartition des professionnels de la santé, lesquelles stratégies seraient conçues pour attirer et encourager les médecins à exercer là où l'on a besoin d'eux, plutôt que pour les punir s'ils ne le font pas<sup>197</sup>.

Le Comité veut également souligner l'énorme contribution faite par des dizaines de milliers de Canadiens qui, à titre bénévole, consacrent des millions d'heures de travail au secteur des soins de santé. Sans eux, l'impact des pénuries de ressources humaines et matérielles se ferait sentir encore plus cruellement. L'ICIS constate que, d'après un récent sondage réalisé par Statistique Canada, les organismes de la santé ont bénéficié de 9 % des 1,05 milliard d'heures travaillées par des bénévoles en 2000<sup>198</sup>. À cet égard, Mme Maude Peach, ancienne directrice des Ressources bénévoles à la Health Care Corporation de St. John's, a affirmé qu'à Terre-Neuve « les bénévoles donnent chaque année des millions d'heures de travail pour aider les personnes malades, âgées, handicapées, défavorisées ou analphabètes<sup>199</sup> ». Le Comité encourage les Canadiens à continuer de contribuer comme bénévoles au secteur des soins de santé.

Un certain nombre de mesures ont déjà été prises afin de mieux coordonner la planification des ressources humaines. Une récente étude publiée lors de la conférence des premiers ministres à Victoria invitait les provinces et les territoires à envisager des solutions pour accroître le nombre de travailleurs de la santé dans leur secteur de compétence, sans recourir au recrutement dans d'autres parties du Canada<sup>200</sup>.

M. William Tholl, directeur général de l'Association médicale canadienne (AMC), a expliqué au Comité que son association travaille avec d'autres organismes de fournisseurs de soins de santé à la préparation d'une étude pluridisciplinaire qui permettra d'évaluer les besoins en ressources humaines en fonction des maladies ou des patients<sup>201</sup>.

Le Comité accueille favorablement l'annonce faite l'automne dernier par la ministre du Développement des

***Le Comité accueille favorablement l'annonce faite l'automne dernier par la ministre du Développement des ressources humaines du Canada (DRHC), l'honorable Jane Stewart, que son ministère lançait deux importantes études sectorielles afin de déterminer avec précision les besoins en médecins et en infirmières.***

<sup>196</sup> AFMC, *op. cit.*, p. 10.

<sup>197</sup> Cité dans le mémoire présenté au Comité par l'Association canadienne des internes et des résidents, p. 14.

<sup>198</sup> ICIS, *op. cit.*, p. 13.

<sup>199</sup> 41:40.

<sup>200</sup> ICIS, *op. cit.*, p. 75.

<sup>201</sup> 42:109.



ressources humaines du Canada (DRHC), l'honorable Jane Stewart, que son ministère lançait deux importantes études sectorielles afin de déterminer avec précision les besoins en médecins et en infirmières. Selon le Comité, ces études marquent un grand pas vers l'élaboration d'une approche nationale en matière de ressources humaines de la santé. Chacune des deux études analysera systématiquement le marché du travail et aboutira à une stratégie conçue pour offrir un approvisionnement suffisant en professionnels de la santé bien formés.

L'étude sur les médecins, qui comporte trois phases, durera environ trois ans :

- *Phase 1 (durée de 9 à 12 mois)* – Une analyse de situation portant sur les modèles de prestation de soins de santé, les facteurs qui influent sur l'effectif des médecins et le profil de ce groupe.
- *Phase 2 (durée de 12 à 18 mois)* – Une analyse exhaustive de l'effectif des médecins sur le plan des ressources humaines afin de recueillir et d'analyser de l'information sur les questions ayant une incidence sur l'offre et la demande de médecins.
- *Phase 3 (durée de 12 mois)* – L'élaboration d'une stratégie à l'égard des médecins en tant que ressources humaines, au moyen d'un mécanisme consultatif mettant à contribution toutes les parties intéressées.

L'étude sur les infirmières, pour sa part, comprendra deux phases et prendra deux ans :

- *Phase 1 (durée de 20 mois)* – Une analyse exhaustive de la main-d'œuvre infirmière portera notamment sur l'évolution des exigences en soins infirmiers, en fonction des divers modèles de prestation de services.
- *Phase 2 (durée de 5 mois)* – Un processus systématique d'établissement d'une stratégie sera élaboré d'après l'information obtenue au cours de la phase 1, et avec l'apport des intervenants du secteur infirmier, notamment les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le Comité est ravi de la participation de tous les principaux intervenants, dont les représentants provinciaux, à la réalisation de ces études. Ces études de DRHC sont certes importantes, mais il ne faut pas en rester là. Le Comité estime que l'examen des mesures et des initiatives qu'il recommande dans le présent chapitre ne saurait attendre le temps qui sera nécessaire à la réalisation de ces études. Il insiste sur l'importance d'agir rapidement dans ce domaine, tout en veillant à ce que la mise en œuvre des stratégies qui découleront de ces études s'inscrive dans une planification à plus long terme des ressources humaines de la santé.

***Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral doit dorénavant jouer un plus grand rôle pour coordonner les efforts de lutte contre les pénuries de ressources humaines en santé.***

Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral doit dorénavant jouer un plus grand rôle pour coordonner les efforts de lutte contre les pénuries de ressources humaines en santé. Puisqu'il n'y a pas de solution miracle et qu'il faut tenir compte d'une foule

d'intérêts et de préoccupations dans la formulation de solutions à long terme, il semble souhaitable de créer un cadre permanent pour l'étude des questions touchant les ressources humaines. Le Comité recommande donc :

**Que le gouvernement fédéral travaille avec d'autres parties intéressées afin de créer un organisme national permanent de coordination des ressources humaines de la santé, composé de représentants des principaux intervenants et des différents ordres de gouvernement. Son mandat serait le suivant :**

- diffuser des renseignements à jour sur les besoins en ressources humaines;
- coordonner des projets visant à assurer un nombre suffisant de diplômés pour réaliser l'objectif de l'autonomie en matière de ressources humaines;
- partager et promouvoir les pratiques exemplaires quant aux stratégies servant à retenir des professionnels de la santé compétents, et coordonner les efforts de rapatriement des professionnels de la santé canadiens qui ont émigré;
- recommander des stratégies pour accroître le nombre de professionnels de la santé provenant de groupes sous-représentés, comme les peuples autochtones, et dans les régions mal desservies, particulièrement les régions rurales et éloignées;
- examiner les possibilités en vue d'une meilleure coordination, entre les divers ordres de gouvernement, des exigences en matière d'accréditation et d'immigration.

## **6.2 Ressources humaines de la santé et réforme des soins primaires**

Comme le Comité l'a souligné dans son rapport *Questions et options* (volume quatre), le mode d'organisation de la prestation des soins primaires aura une grande incidence sur notre capacité d'utiliser au mieux les ressources humaines de la santé.

Les soins primaires constituent le premier contact avec le système de soins de santé et ils sont à l'heure actuelle dispensés principalement par les médecins de famille et les omnipraticiens travaillant seuls ou en petits groupes. Environ le tiers des médecins de soins primaires travaillent seuls et moins de 10 % font

***Comme le Comité l'a souligné dans son rapport Questions et options (volume quatre), le mode d'organisation de la prestation des soins primaires aura une grande incidence sur notre capacité d'utiliser au mieux les ressources humaines de la santé.***



partie de cabinets pluridisciplinaires. La grande majorité des cabinets de soins primaires relèvent de médecins qui sont propriétaires exploitants, et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte. Presque 90 % des médecins de famille interrogés par le Collège canadien des omnipraticiens en 2001 disent avoir reçu une proportion de leurs honoraires sous forme de rémunération à l'acte<sup>202</sup>, laquelle représente en moyenne 88 % de leurs revenus totaux<sup>203</sup>.

Or, aucune disposition législative n'exige que les médecins soient principalement rémunérés à l'acte. Le système canadien de soins de santé présente toutefois deux caractéristiques importantes qui ont contribué à façonner l'actuelle structure de la prestation des soins primaires. En premier lieu, l'entente originelle intervenue entre le gouvernement et les médecins prévoyant le paiement par l'État des actes médicaux privés a eu pour effet de placer les médecins au cœur du système de soins de santé et d'établir les honoraires à l'acte comme principal mode de rémunération<sup>204</sup>. En deuxième lieu, le fait que la *Loi canadienne sur la santé* applique la couverture intégrale médicalement nécessaire aux seuls services hospitaliers et médicaux a renforcé cette tendance.

Par conséquent, quand le Comité a abordé, dans le volume quatre de son étude, l'existence d'une « hiérarchie » perçue des professions de la santé, où les médecins spécialistes sont placés au sommet, il a mis en lumière cette tendance structurelle du système de soins de santé canadien. L'incidence de la *Loi canadienne sur la santé* sur cette structure explique en partie pourquoi il importe que le Comité étudie les questions des ressources humaines de la santé et de la réforme des soins primaires, même si l'établissement des grandes orientations incombe principalement aux gouvernements provinciaux et territoriaux.

### **6.2.1 Soutien de la réforme des soins primaires**

Au fil des ans, une foule de mesures ont été prises pour trouver diverses façons de fournir les soins primaires de manière à accroître la coopération et la coordination entre les fournisseurs de soins de santé. Mais comme le souligne une récente étude des soins primaires au Canada réalisée par Hutchison et collaborateurs :

*Malgré leur éventail et leur nombre, les innovations touchant l'organisation, le financement et la prestation de soins primaires au Canada sont restées en marge plutôt que d'en viser le cœur. Sauf au Québec, où 20 % des omnipraticiens et généralistes travaillent dans des CLSC<sup>205</sup> à temps plein ou à temps partiel, seule une infime minorité de médecins participe à des projets de réforme des soins primaires ou travaille selon des formules non conventionnelles. En Ontario, où existe un Programme des organisations de services de santé et des centres de santé communautaires et le plus important régime provincial de réforme des soins de santé du Canada, 5 % seulement des*

---

<sup>202</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dispensateurs de soins au Canada*, 2001, p. 73.

<sup>203</sup> Hutchison, Brian et Julia Abelson et John Lavis, « Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change », dans *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 117.

<sup>204</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>205</sup> Les Centres locaux de services communautaires constituent au Québec un réseau de cliniques communautaires offrant un éventail de services liés à la santé.



*médecins participent à des modèles autres pour le financement et la prestation des soins primaires*<sup>206</sup>.

Le Comité a entendu à maintes reprises, au cours des audiences, que le peu de progrès marqué dans la réforme de la prestation des soins primaires n'est pas, à l'heure actuelle, attribuable principalement à la résistance de professionnels de la santé cherchant à protéger leur territoire. Les médecins partout au pays, qu'ils soient établis de longue date, résidents, internes ou représentants d'organismes professionnels ou d'établissements d'enseignement, se disent prêts à essayer d'autres formules pour structurer la prestation et la rémunération des soins de santé.

Dans la même veine, le D<sup>r</sup> Henry Haddad, président de l'Association médicale canadienne, a fait état d'un mythe répandu voulant que les médecins fassent obstacle aux changements, alors qu'au contraire, ils ont souvent été les catalyseurs de l'évolution du système de soins de santé. Les médecins canadiens sont prêts à travailler en équipe; l'AMC a élaboré une politique sur le « champ d'activité » qui appuie clairement une approche de collaboration et de coopération et, contrairement à la croyance populaire, les médecins sont très ouverts à d'autres formules de rémunération<sup>207</sup>.

Des témoins ont souligné que l'un des facteurs ayant contribué à l'épanouissement de cet esprit de collaboration est la réduction de l'écart entre les niveaux d'instruction des médecins et ceux des autres professionnels de santé. De plus, l'évolution démographique et les nouvelles tendances chez les médecins récemment diplômés ont aussi une incidence sur les attitudes à l'égard du changement. Selon l'Association canadienne des internes et des résidents :

*Les médecins résidents et les nouveaux médecins ont souvent un système de valeurs personnelles et professionnelles différent ainsi que des priorités et des attentes différentes en termes de travail, qui découlent en partie d'une détermination à mieux équilibrer carrière, vie familiale et bien-être personnel. Ces nouvelles valeurs jouent un rôle de plus en plus grand dans les décisions qu'ils prennent en matière de carrière et de rémunération. Il s'ensuit que les nouveaux médecins ont tendance à être plus ouverts à d'autres modes de rémunération et de prestation des soins de santé que les médecins traditionnels, attachés à la pratique solitaire et à la rémunération à l'acte*<sup>208</sup>.

Cependant, des représentants du corps médical, voyant que d'importantes questions restent sans réponse, préviennent que la réforme des soins primaires est peu susceptible de remédier à tous les maux du système de soins de santé. Comme l'a dit la D<sup>re</sup> Heidi Oetter, présidente de la British Columbia Medical Association :

*Bien qu'il soit permis de penser que les modèles essayés jusqu'ici améliorent la qualité des soins dans l'ensemble, rien ne prouve qu'ils ont réduit les coûts ou sont applicables à tout le système de soins de santé. La qualité doit être le premier but, mais il faudra*

---

<sup>206</sup> Hutchison, *op. cit.*, p. 122.

<sup>207</sup> Témoignage devant le Comité à Halifax, le 6 novembre 2001, p. 3 des notes d'allocation.

<sup>208</sup> *Le nouveau visage de la médecine : Pour maintenir et améliorer l'assurance-maladie*, mémoire présenté au Comité en novembre 2001, p. 4.

*vraisemblablement y mettre le prix. On dit que la prestation des soins peut se conformer à deux des trois caractéristiques de service bon, rapide et peu coûteux, mais pas aux trois en même temps. Les soins primaires ne sont pas différents*<sup>209</sup>.

Les témoins représentant des organismes d'infirmières autorisés ont été unanimes à dire que la réforme des soins primaires est essentielle pour conserver et améliorer l'état de santé des Canadiens et mieux utiliser le plein éventail des compétences dont disposent les divers fournisseurs de soins de santé. Ainsi, l'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador soutient que « le meilleur moyen d'atteindre la coopération intersectorielle requise pour formuler et mettre en œuvre une stratégie nationale d'amélioration de la santé de la population consiste à épouser le modèle des soins primaires et du bien-être comme base de la prestation des services de santé dans ce pays<sup>210</sup> ». La Saskatchewan Registered Nurses' Association estime que l'équipe de soins primaires constitue l'unité fondamentale nécessaire à la viabilité d'un système de santé public<sup>211</sup>, tandis que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a prié instamment « le Comité permanent de recommander l'instauration d'une véritable réforme des soins de santé primaires, la prestation des soins étant effectuée, 24 heures par jour et sept jours par semaine, par des équipes pluridisciplinaires de professionnels des soins de la santé<sup>212</sup> ».

Les représentants d'autres catégories d'infirmières appuient aussi l'idée d'une réforme des soins primaires. Ainsi, Pat Fredrickson, présidente de la Canadian Practical Nurses Association, a expliqué au Comité que :

*L'emploi d'infirmières auxiliaires autorisées peut compenser de façon pratique et rentable la pénurie en infirmières et éviter une crise encore plus grave. Nous soutiendrions fortement l'abandon de la façon de penser en termes hiérarchiques au profit de votre hypothèse voulant que chaque profession a ses propres forces et que celles-ci doivent être correctement mises en valeur et utilisées*<sup>213</sup>.

Mme Fredrickson a aussi souligné qu'il y a eu accroissement des niveaux de formation dans l'ensemble de la profession infirmière et que « [e]xactement comme pour les infirmières accréditées, le programme de formation et le cadre des fonctions des infirmières auxiliaires autorisées s'est élargi ces dernières années<sup>214</sup> ». Mais cela n'a pas donné lieu pour autant à une pleine utilisation des infirmières auxiliaires autorisées, et « [l]es cas où leurs connaissances et leurs compétences sont utilisées à fond dans le cadre de leurs fonctions sont rares dans ce pays<sup>215</sup> ».

Les tensions qui ont toujours existé entre infirmières et médecins concernant l'étendue du champ d'activité se font également sentir entre les infirmières auxiliaires et les infirmières autorisées, les secondes étant considérées par les premières coupables de vouloir protéger leurs prérogatives. Ainsi Mme Fredrickson a expliqué au Comité que :

---

<sup>209</sup> Mémoire présenté au Comité le 19 octobre 2001, p. 8.

<sup>210</sup> Mémoire présenté au Comité le 5 novembre 2001, p. 4.

<sup>211</sup> Mémoire présenté au Comité le 16 octobre 2001, p. 4.

<sup>212</sup> Mémoire présenté au Comité le 30 octobre 2001, p. 19.

<sup>213</sup> 32:56.

<sup>214</sup> *Ibid.*

<sup>215</sup> 32:57.

*L'exemple le plus frappant de sous-utilisation est lorsqu'il existe une énorme pénurie d'infirmières accréditées. Le plus gros obstacle rencontré par les infirmières auxiliaires autorisées se trouve dans les établissements eux-mêmes, où les syndicats protègent les intérêts des infirmières accréditées par l'intermédiaire de conventions collectives restrictives.*

Par ailleurs, des représentantes de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador ont expliqué qu'elles appuient la mise en œuvre de pratiques qui permettraient *tant aux infirmières autorisées qu'aux infirmières auxiliaires autorisées d'exploiter toute l'étendue de leurs compétences* et de travailler à la hauteur de celles-ci<sup>216</sup>.

Enfin, des représentants de certaines professions paramédicales se sont aussi dits en faveur d'une réforme des soins primaires. Ainsi, la Ontario Association of Optometrists a déclaré qu'en tant que fournisseurs de soins primaires pour les yeux, les optométristes sont prêts à participer à titre de membres de l'équipe pluridisciplinaire essentielle aux objectifs de réforme des soins primaires<sup>217</sup>. M. Ron Elliott, président de l'Association des pharmaciens du Canada, a déclaré que l'Association « appuie énergiquement la nécessité d'une réforme de la hiérarchie actuelle des professionnels de la santé » et qu'il « faut modifier le champ de leur profession de façon à améliorer l'efficacité<sup>218</sup> ».

D'autres témoins ont aussi insisté sur l'importance de revoir les champs d'activité professionnels afin d'éliminer le plus possible les obstacles à une collaboration fructueuse entre fournisseurs de soins de santé. M. Gerry Fahey, directeur administratif du Health Professions Council de la Colombie-Britannique, a expliqué au Comité les raisons qui sous-tendent les recommandations contenues dans un important examen réalisé dans cette province. Il a souligné que dans l'ancien système, connu sous le vocable « système de champs d'activité exclusif », on accordait à « chaque profession un énoncé décrivant son champ d'exercice, qui est, généralement, très large, et dans les limites de cet énoncé, ils ont le droit exclusif d'exercer<sup>219</sup> ». Le nouveau système proposé par l'organisme est fondé sur un bon système établi en Ontario qui s'appelle « axe réservé » ou « modèle d'axes contrôlés ». Comme l'a expliqué M. Fahey :

*Le fondement de ce système est d'augmenter le choix parmi les professionnels de soins de santé à l'intérieur de paramètres sécuritaires. Autrement dit, si les gens sont formés et éduqués pour exécuter certaines tâches, on devrait leur permettre de les exécuter<sup>220</sup>.*

Il a ajouté que ce nouveau système permet de favoriser la substitution entre professionnels et, en particulier, que « le modèle d'axes réservés aidera à promouvoir les soins infirmiers spécialisés et les rôles primaires en soins infirmiers<sup>221</sup> ».

En outre, M. Fahey a précisé qu'il existe des obstacles à l'élargissement de la collaboration interdisciplinaire contenus dans la loi elle-même :

---

<sup>216</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 8. L'italique est dans le texte original.

<sup>217</sup> Mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 5.

<sup>218</sup> 38:61.

<sup>219</sup> 33:60.

<sup>220</sup> 33:61.

<sup>221</sup> *Ibid.*



*[...] enfouis au milieu de toutes ces législations auxiliaires, ces instruments réglementaires et ces règlements, il y a, même pour une profession, plusieurs règles qui créent des barrières pour d'autres professions. Par exemple, il y a des dispositions dans plusieurs lois qui empêchent un membre d'une profession de pratiquer avec celui d'une autre profession. Il y a des dispositions empêchant l'émission d'ordonnances. Il y a des dispositions au sujet de qui contrôle les installations de laboratoire. Nous les avons cernées non seulement comme obstacles pour le public, mais aussi comme barrières à des solutions venant du gouvernement sur la manière dont il souhaite employer le personnel de soins de santé<sup>222</sup>.*

Le Comité croit fermement qu'il faut accueillir favorablement la modification des champs d'activité et d'autres règles pouvant favoriser une plus grande souplesse et la collaboration entre professionnels des soins de santé. Il estime en outre, comme indiqué au principe douze du chapitre deux, que ces modifications doivent être élaborées de façon à permettre à tous les professionnels du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés. Il souhaite également que ces champs d'activité et ces règles soient uniformisées le plus possible à l'échelle du pays.

***Le Comité croit fermement qu'il faut accueillir favorablement la modification des champs d'activité et d'autres règles pouvant favoriser une plus grande souplesse et la collaboration entre professionnels des soins de santé.***

### **6.2.2 Études interdisciplinaires**

Soucieux de voir réussir la réforme des soins primaires, plusieurs témoins ont insisté sur l'importance de veiller à ce que les professionnels de la santé soient exposés aux avantages et aux exigences du travail d'équipe interdisciplinaire. Le D<sup>r</sup> John H.V. Gilbert, coordonnateur des sciences de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique, a affirmé que « [s]i nous voulons sérieusement changer le «mode de pensée hiérarchisé» existant, je vous soumets que nous devrions faire très attention à la façon dont les professionnels de la santé sont formés ». À son avis, « une des raisons pour lesquelles nous n'utilisons pas nos professionnels de la santé, encore une fois, et je cite "à la plénitude de leur capacité", c'est que leurs programmes d'enseignement sont structurés de telle sorte qu'ils ne favorisent pas une compréhension des forces et des objectifs particuliers des pratiques respectives des intéressés<sup>223</sup> ». Il a conclu en disant que « [n]ous avons besoin d'un programme national d'enseignement de la santé avec des ressources permettant la mise au point et l'évaluation des programmes, au moins au même niveau que dans les instituts de sciences sociales des IRSC [Instituts de recherche en santé du Canada]<sup>224</sup> ».

Le D<sup>r</sup> John Ruedy, vice-président des affaires académiques de la Capital Health District Authority à Halifax, a exprimé un point de vue semblable :

---

<sup>222</sup> 33:61-62.

<sup>223</sup> 33:111.

<sup>224</sup> 33:112.

*[...] l'apprentissage expérientiel des professionnels de la santé dépend de l'accès qu'ont les étudiants à des modèles d'équipes de soins de santé. Le cloisonnement professionnel que perpétuent les programmes d'études nuit aux rapports entre professions. Il nous faut élaborer des programmes d'études professionnelles de base se terminant à différents points selon les professions*<sup>225</sup>.

L'Association canadienne des internes et des résidents (ACIR) a constaté que les études de médecine ont amorcé une nouvelle tendance et mettent davantage l'accent sur un enseignement pluridisciplinaire «afin que les médecins apprennent et travaillent avec d'autres membres de l'équipe médicale, notamment les infirmières, les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les dentistes<sup>226</sup> ». Le D' Gilbert a informé le Comité que l'Université de la Colombie-Britannique est la première université au monde à avoir mis sur pied un collège des disciplines de la santé<sup>227</sup>, formé par affiliation de sept facultés qui ont accepté de collaborer pour promouvoir les études interdisciplinaires.

Néanmoins, l'ICIS a servi une mise en garde dans une récente étude intitulée *Les dispensateurs de soins au Canada* :

*Est-ce que les études interprofessionnelles permettent des améliorations? Dans l'affirmative, dans quelle mesure? Un examen systématique international réalisé en mai 2000 a porté sur les effets de telles études sur l'exercice de la profession et sur les résultats pour la santé. Les auteurs en viennent à la conclusion que la question est encore en délibéré*<sup>228</sup>.

### **6.2.3 Quel modèle adopter pour la réforme des soins primaires?**

De nombreux témoins qui ont comparu devant le Comité ont dit tenir à ce que toute réforme des soins primaires soit effectuée sur une base volontaire. Selon l'Association canadienne des internes et des résidents, «la transformation ne sera fructueuse que si les divers dispensateurs de soins participent de leur propre gré et de façon constructive. Si on se les aliène en leur imposant des mesures coercitives, il ne sera guère possible de compter sur leur bonne volonté, leur expertise, leur moral et leur collaboration<sup>229</sup> ».

**Le Comité est également convaincu que la réforme de la prestation des soins primaires est essentielle pour assurer la viabilité du régime de soins de santé du Canada.**

Une deuxième préoccupation exprimée par la British Columbia Medical Association concerne la structure de l'équipe pluridisciplinaire chargée de traiter le patient dans la plupart des scénarios de réforme. Il importe à leur avis que les médecins conservent un rôle de dirigeant dans ces groupes traitants :

<sup>225</sup> Mémoire présenté au Comité le 6 novembre 2001, p. 3.

<sup>226</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 9.

<sup>227</sup> 33:123.

<sup>228</sup> ICIS, *op. cit.*, p. 60.

<sup>229</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 6-7.

*À notre avis, il est important pour les médecins et les patients que chaque équipe soit tenue de nommer un dirigeant qui sera responsable du patient. [...]*

*Lorsque les patients se présentent au bureau du médecin, ils ne connaissent pas leur état particulier, ils connaissent simplement leurs symptômes. Cette information asymétrique exige l'attention professionnelle du généraliste le mieux formé, l'omnipraticien, qui peut traiter ou faire le tri de toute la gamme des besoins du patient. L'omnipraticien au point d'entrée des soins représente la force fondamentale du système de santé canadien et est très apprécié du public. L'analogie selon laquelle vous n'avez pas besoin d'un électricien pour changer une ampoule est vraie, si vous savez que l'ampoule cause le problème. Si par ailleurs, vous rentrez à la maison et que les lumières ne s'allument pas, vous savez tous que vous êtes dans le noir. Le problème peut avoir plusieurs causes mais l'ampoule défectueuse n'en représente qu'une seule. Lorsque vous appelez quelqu'un pour la changer et que le problème n'est toujours pas résolu, que vous avez ensuite recours à un technicien pour les fusibles et enfin un électricien, non seulement vous avez mal utilisé les ressources, mais vous avez probablement aggravé la situation en attendant. Le fait est que les patients n'arrivent pas au bureau du médecin avec une étiquette; ils arrivent avec un ensemble complexe de symptômes et de plaintes qui exigent un diagnostic<sup>230</sup>.*

Selon d'autres témoins, il est clair que certains médecins hésitent à renoncer à leur rôle central, ce qui pourrait nuire à la réforme de la prestation des soins primaires. Selon June Blau, de la Saskatchewan Registered Nurses Association :

*Les médecins ont beaucoup de pouvoirs et ne souhaitent pas renoncer au système de rémunération à l'acte. Ils craignent de faire les frais de l'opération. Je ne pense pas que quiconque comprenne la quantité de travail que les médecins effectuent chaque semaine. J'ai une fille qui est médecin de famille, et je suis probablement plus sensible que quiconque à cette question. Quand on décidera de faire des médecins des salariés, le cas échéant, on devra alors leur laisser un salaire très conséquent.*

*Nous devons reconnaître les infirmières de la même façon. Nous devons nous débarrasser de la hiérarchie : les médecins ne sont pas supérieurs aux infirmières, les infirmières ne sont pas supérieures aux infirmières auxiliaires, et les infirmières auxiliaires ne sont pas supérieures aux aides. On a affaire non pas à une hiérarchie, mais bien plutôt à une équipe. Chacune des professions a des fonctions qui lui sont exclusives, d'autres qui recoupent celles d'autres groupes, et nous devons travailler dans le cadre d'une équipe qui tire le mieux possible avantage de toutes ces ressources et réaliser les gains d'efficacité qui en découlent. Dans la situation actuelle, chacun travaille dans un silo, et on traite les maladies dans des silos, au lieu de tenir compte de l'ensemble des paramètres de la santé<sup>231</sup>.*

Dans l'ensemble, les témoins représentant toutes les professions de la santé estiment qu'il faut de nouvelles formes de rémunération et que le recours exclusif à la

---

<sup>230</sup> Prendre le virage : Les soins de santé en transition, mémoire présenté au Comité le 19 octobre 2001, p. 10-11.

<sup>231</sup> 31:21.



rémunération à l'acte est incompatible avec une vaste réforme de la prestation des soins primaires. Cependant, on s'entend aussi généralement pour dire qu'aucune formule ne pourra s'appliquer systématiquement dans toutes les circonstances.

Selon les témoins, chaque forme de rémunération comporte des avantages et des inconvénients. La rémunération à l'acte pénalise les médecins qui consacrent plus de temps aux patients ayant des symptômes complexes. S'il est vrai que la rémunération à l'acte incite les médecins à se faire les ardents porte-parole de leurs patients au sein du système, on craint par ailleurs que cette forme de rémunération contribue au phénomène de la multiplication des tests diagnostiques inutiles.

La capitation et l'inscription des clients, par contre, faciliteraient l'intégration des services de soins primaires et mettraient l'accent sur la qualité, ce qui comprend la médecine préventive, par opposition à la quantité, mais elles pourraient malheureusement inciter les fournisseurs de soins primaires à ne pas commander tous les tests nécessaires puisqu'il leur faudra couvrir une partie ou la totalité des coûts de ces tests à même un budget fixe établi selon le nombre de patients.

Plusieurs témoins ont parlé de l'étude réalisée par Hutchison et collaborateurs, qui ne révèle la supériorité absolue d'aucun modèle ou élément de modèle pour organiser, financer et dispenser des soins primaires, y compris la médecine de groupe, les unités soignantes pluridisciplinaires et les modes de rémunération<sup>232</sup>. Les conclusions détaillées des auteurs de cette étude valent la peine d'être soulignées :

*L'évaluation de l'information sur les modes de paiement des médecins de soins primaires, tirée des études les plus pertinentes et les plus étayées que nous avons pu cerner, nous portent aux conclusions suivantes :*

- 1. L'information semble indiquer que les patients évaluent plus favorablement leur niveau de satisfaction et l'accès ou la disponibilité des services quand les honoraires sont versés à l'acte plutôt que lorsqu'il y a rémunération salariale ou par capitation.*
- 2. L'information est minime ou contradictoire en ce qui concerne l'évaluation par les patients de la continuité, de l'intégralité, de la coordination, de la qualité technique et des aspects interpersonnels des soins.*
- 3. L'information est minime concernant les modalités d'exercice (par exemple la fréquence des visites à domicile et la durée des visites en cabinet).*
- 4. L'information semble indiquer que le paiement par capitation entraîne des taux plus élevés de renvoi à des spécialistes.*
- 5. L'information est minime ou contradictoire concernant la qualité, l'utilisation et le coût des soins.*

---

<sup>232</sup> Hutchison et collaborateurs, *op. cit.*, p. 125.

6. *L'information est minime concernant les différences d'utilisation de fournisseurs autres que des médecins lorsqu'il y a rémunération à l'acte par opposition au paiement par capitation.*
7. *L'information semble indiquer que les médecins salariés ou rémunérés par capitation ont un meilleur rendement en matière de soins préventifs que les médecins rémunérés à l'acte.*

*Il reste à déterminer les effets de l'éventail et du mélange des fournisseurs de soins, des relations de travail et de la répartition des tâches dans les équipes pluridisciplinaires sur l'état de santé, la satisfaction du patient et du fournisseur et la rentabilité chez les diverses populations de patients<sup>233</sup>.*

Même en l'absence d'un consensus concernant la forme exacte que doit prendre la réforme des soins primaires, le Comité estime qu'il est possible de dégager un certain nombre d'éléments clés qui doivent s'inscrire dans tout projet de réforme. Comme il l'indique au chapitre deux (principes dix et onze), le Comité estime que les soins primaires doivent relever d'une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et que les omnipraticiens ne doivent plus être rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres incitatifs et récompenses. La rémunération mixte incite les omnipraticiens à accroître leur charge de travail et à soigner un plus grand nombre de patients (grâce à la rémunération à l'acte) et à insister davantage sur la prévention et la santé publique (grâce à la rémunération par capitation).

***Même en l'absence d'un consensus concernant la forme exacte que doit prendre la réforme des soins primaires, le Comité estime qu'il est possible de dégager un certain nombre d'éléments clés qui doivent s'inscrire dans tout projet de réforme.***

Le Comité est convaincu qu'une réforme des soins primaires est essentielle pour assurer la viabilité du système de soins de santé du Canada. Comme il l'explique au chapitre deux (principe treize), le Comité juge en outre que cette réforme est nécessaire afin que les équipes de soins primaires puissent éventuellement acheter, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.

Par conséquent, reconnaissant que :

- la prestation de soins primaires à l'ensemble de la population relève des provinces;
- aux yeux de plusieurs, il faut effectuer une importante réforme des soins primaires;
- qu'aucun modèle de restructuration ne sera applicable universellement;

<sup>233</sup> *Ibid.*, p. 125-26.

- la discussion et la coopération entre tous les intervenants sont essentielles si l'on veut concevoir et mettre en œuvre une réforme réussie des soins primaires;
- il est préférable que tant les fournisseurs que les consommateurs adhèrent volontairement au nouveau modèle de prestation des soins primaires,

Le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les provinces et les territoires à la réforme de la prestation des soins primaires et qu'il assure un soutien financier permanent au projet de réforme entraînant la création d'équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires qui :**

- visent à offrir une large gamme de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- veillent à faire en sorte que les services soient dispensés par les professionnels de la santé compétents qui conviennent le mieux;
- utilisent à leur pleine mesure les capacités et les compétences d'un éventail de professionnels de la santé;
- adoptent d'autres modes de rémunération que les honoraires à l'acte, par exemple la capitation, soit exclusivement, soit dans le cadre d'une formule de financement mixte;
- cherchent à intégrer des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans leur travail quotidien;
- s'organisent de façon à pouvoir faire l'acquisition de services auprès d'hôpitaux et d'autres fournisseurs institutionnels au nom de leurs patients;
- assument progressivement une plus grande part de responsabilité à l'égard des besoins en santé et en bien-être de la population qu'ils servent.





## CHAPITRE SEPT

### VERS UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

---

Comme le Comité l'a souligné dans le rapport de la phase un de son étude, il est clair que l'état du système de soins de santé influe sur notre santé. Des services tels que la vaccination des enfants, les médicaments visant à réduire l'hypertension de même que la chirurgie cardiaque améliorent la santé et contribuent au bien-être. En fait, selon les estimations de l'Institut canadien de recherches avancées, la santé d'une population dépend dans une proportion de 25 % du seul système de soins de santé<sup>234</sup>. Il importe donc que les gouvernements veillent à ce que le secteur des soins de santé s'efforce de toujours offrir des services de qualité et ce, en temps opportun.

On estime que la santé de la population canadienne tient, dans la proportion restante de 75 % à une multiplicité de facteurs, notamment la biologie et le patrimoine génétique; le revenu et le soutien social; l'éducation; l'emploi et les conditions de travail; l'environnement physique; les habitudes personnelles en matière d'hygiène de vie et les capacités d'adaptation; le développement au cours de la petite enfance; le sexe et les facteurs culturels. Le Comité s'est fait dire à maintes reprises que pour maintenir et améliorer l'état de santé de leur population, les gouvernements devraient, en plus d'assurer le maintien d'un bon système de soins de santé, élaborer des stratégies d'amélioration de la santé de la population. Ces stratégies englobent une vaste gamme d'activités allant de la promotion de la santé et du mieux-être à la prévention de la maladie et des blessures, en passant par des politiques et des programmes plus généraux qui exercent une influence sur la répartition du revenu, l'accès à l'éducation, le logement, la qualité de l'eau potable, la sécurité au travail, etc.

Il existe de plus en plus de preuves que l'investissement de ressources humaines et financières accrues dans la promotion de la santé, la prévention et la santé publique peut améliorer les résultats des soins de santé pour une population donnée. En bout de ligne, un tel investissement peut contribuer à réduire la demande de services de santé et les pressions exercées sur le système public de soins de santé.

En effet, les blessures et les maladies coûtent très cher au système de soins de santé. Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le coût total de la maladie et des blessures était estimé à 156,4 milliards de dollars en 1998. Les coûts directs (tels que les soins hospitaliers, les services médicaux fournis par les médecins et la recherche en santé) s'élevaient à 81,8 milliards de dollars, tandis que les coûts indirects (comme la productivité perdue et la baisse de la qualité de vie) représentaient 74,6 milliards de dollars. Les catégories de diagnostic dont les coûts sont les plus élevés sont les maladies cardiovasculaires, les maladies squeletto-musculaires, le cancer, les blessures, les maladies respiratoires, les maladies du système nerveux et les troubles mentaux<sup>235</sup>. Selon certains témoins, bon nombre de maladies et la plupart des blessures pourraient être évitées. À leur avis, la seule façon de renverser les tendances actuelles à ce chapitre consiste à réduire le fardeau économique de la maladie en investissant

---

<sup>234</sup> Volume un, p. 88

<sup>235</sup> Volume deux, p. 51.

d'avantage dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique.

De façon générale, l'investissement dans la promotion de la santé et le mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique est profitable sur le plan financier. La vérificatrice générale du Canada elle-même le dit dans son rapport de 2001 : « les activités préventives en matière de santé sont de 6 à 45 fois plus efficaces que les interventions visant, après coup, à régler les problèmes de santé »<sup>236</sup>.

Le Comité croit qu'un plus grand investissement dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique peut être extrêmement profitable, surtout du point de vue de l'amélioration des résultats des soins de santé pour les Canadiens, mais aussi du point de vue des répercussions financières sur le système.

Le Comité croit qu'un plus grand investissement dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique peut être extrêmement profitable, surtout du point de vue de l'amélioration des résultats des soins de santé pour les Canadiens, mais aussi du point de vue des répercussions financières sur le système. Nous souscrivons sans réserve au rapport Mazankowski, qui dit ceci : « Cela peut paraître simpliste, mais la meilleure façon de soutenir à long terme le système de soins de santé de l'Alberta consiste à prendre des mesures pour fournir à la population et aux collectivités les moyens pour rester en santé »<sup>237</sup>.

***Le Comité croit qu'un plus grand investissement dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique peut être extrêmement profitable, surtout du point de vue de l'amélioration des résultats des soins de santé pour les Canadiens, mais aussi du point de vue des répercussions financières sur le système.***

Dans le présent chapitre, le Comité énonce une série de principes établis à partir d'une façon d'aborder la santé de la population, lesquels devraient selon lui guider les décisions stratégiques. Ces principes s'inspirent des témoignages et des documents présentés au Comité et visent à préparer le terrain en vue d'un futur rapport thématique dans lequel le Comité formulera des recommandations précises sur leur mise en œuvre.

En plus d'énoncer les raisons qui sous-tendent ces principes, le présent chapitre traite aussi de l'importance d'une approche axée sur la santé de la population si nous voulons améliorer l'état de santé des populations autochtones du Canada. Le Comité tient à préciser qu'il compte publier un rapport distinct sur le rôle du gouvernement fédéral en ce qui concerne la santé des Autochtones canadiens et que l'inclusion dans le présent chapitre d'un principe affirmant la nécessité d'une approche axée sur la santé de la population dans ce domaine ne doit pas être considérée comme étant son dernier mot sur ce sujet crucial.

<sup>236</sup> Vérificatrice générale du Canada, *Rapport 2001*, chapitre 9.

<sup>237</sup> Rapport Mazankowski, p. 14.



### **Les gens prennent eux-mêmes leur santé en main.**

En 1974, le ministre de la Santé de l'époque, l'honorable Marc Lalonde, a publié un document de travail qui a fait date. Intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, ce rapport reconnaît l'incidence des comportements individuels sur l'efficacité des soins de santé et insiste sur la nécessité pour les Canadiens de prendre davantage leur santé en main. Il fait aussi état des déterminants plus généraux (comme l'environnement ou les facteurs socioéconomiques) qui influent sur les résultats des soins de santé.

Le rapport Lalonde parle des « dangers pour la santé qui tirent leurs origines [du [...] comportement humain » et des « risques auxquels l'individu s'expose délibérément », qui vont de pair avec « la vie en milieu urbain, le manque d'exercice, l'abus de l'alcool, du tabac et des drogues et enfin, les habitudes alimentaires qui de nos jours sont axées davantage sur la satisfaction des sens que sur les besoins du corps humain »<sup>238</sup>. Le rapport fait aussi ressortir la réalité suivante :

*Alors qu'il est relativement facile de convaincre un malade souffrant de consulter un médecin, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'amener un bien-portant à se corriger de mauvaises habitudes qui peuvent causer des torts éventuels à sa santé. [...] L'expression selon laquelle les individus sont « maîtres de leur propre sort » semble devoir se confirmer dans les faits*<sup>239</sup>.

Il ne fait aucun doute que les choix individuels quant aux habitudes de vie ont un impact important sur la santé. Un volumineux rapport préparé par la commission Mazankowski montre que les changements dans les habitudes de vie peuvent réduire de façon significative l'incidence et la gravité d'un certain nombre des principales maladies et causes de décès et d'incapacité, en particulier les maladies cardiaques, les accidents cérébro-vasculaires, l'hypertension, le diabète et certains types de cancer. De plus, le rapport souligne que bon nombre de personnes savent déjà ce qu'il faudrait qu'elles fassent — faire des choix alimentaires plus sains, faire plus d'exercice, éviter ce qui est dangereux pour la santé et arrêter de fumer. Il est toutefois difficile de savoir pourquoi elles ne passent pas toujours aux actes<sup>240</sup>.

Le rapport Mazankowski conclut que, dans le contexte de la prestation des soins de santé, il faudra peut-être trouver de meilleurs moyens pour inciter les gens à rester en santé.

*Un certain nombre d'idées ont été lancées pour inciter les gens à prendre davantage leur santé en main. Certains ont proposé de lier les primes d'assurance-santé aux mesures prises pour rester en santé, d'accorder des crédits d'impôt ou d'autres encouragements fiscaux ou de recourir à des comptes d'épargne-santé ou à quelque autre forme de partage*

<sup>238</sup> Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail*, Santé et Bien-être social Canada, avril 1974, p. 5-6.

<sup>239</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>240</sup> Rapport Mazankowski, p. 14-15.

*des coûts pour que les citoyens puissent exercer un plus grand contrôle sur leurs propres dépenses au titre des soins de santé. D'autres ont même proposé de mettre à l'amende les personnes qui ne prennent pas soin de leur santé<sup>241</sup>.*

Le Comité convient que les individus devraient assumer la responsabilité de leur propre santé et que des mesures doivent être prises pour les encourager à le faire. Nous reconnaissons aussi qu'il faut investir dans des politiques et des programmes pour habiliter les Canadiens à prendre de meilleures décisions concernant leur santé. C'est là une étape importante, si le Canada veut soutenir à long terme le système public de soins de santé.

## **P** *incipe 7.2*

**Les programmes gouvernementaux visant à habiliter les gens à prendre davantage leur santé en main et, en particulier, les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, figurent au premier rang des priorités.**

Bon nombre de témoins ont insisté sur le fait que, même si les Canadiens sont responsables de leur propre santé, le gouvernement peut jouer un rôle important en leur fournissant de l'information sur la façon de rester en santé. Le D<sup>r</sup> Serge Boucher, de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Québec, a très bien résumé ce point de vue :

*La santé relève de l'individu. C'est lui qui décide s'il est obèse. C'est lui qui décide s'il fume. C'est lui qui décide s'il doit faire de l'exercice. Est-ce que l'État doit intervenir? Est-ce que l'État doit forcer l'individu? Il est très important de bien cibler ce que l'État doit faire ou peut faire, à savoir s'occuper d'abord de la maladie. Quant à la santé, on peut donner de l'information<sup>242</sup>.*

Il est clair pour le Comité que les programmes gouvernementaux qui habiliter les gens à prendre leur santé en main doivent figurer au premier rang des priorités. Déjà en 1974, le rapport Lalonde insistait sur ce point. Cet aspect a de nouveau été souligné en 1986 lorsque le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Jake Epp, a publié un rapport intitulé *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, qui met l'accent sur les grands déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Les rapports Lalonde et Epp voient la promotion de la santé et la prévention de la maladie comme un complément au système de soins de santé et un moyen de prévenir les blessures, les maladies et les états chroniques ainsi que d'accroître la capacité des gens de composer avec la maladie, l'incapacité et les problèmes de santé mentale.

Le Comité est d'avis que les programmes qui habiliter les gens à prendre leur santé en main doivent figurer au premier rang des priorités. Un Réseau canadien de la santé élargi, comme celui que nous proposons au chapitre quatre, est un outil important qui permettrait de fournir aux Canadiens des renseignements fiables reposant sur des données probantes au sujet de la santé, des blessures et des maladies. À l'heure actuelle, le Réseau

<sup>241</sup> Rapport Mazankowski, p. 17.

<sup>242</sup> D<sup>r</sup> Serge Boucher (39:32).

canadien de la santé, qui renseigne les Canadiens sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie, est considéré par beaucoup comme l'un des meilleurs au monde. Le Comité croit que nous devrions tirer parti de ce succès et créer un portail national destiné au public canadien, qui fournirait des renseignements détaillés et fiables sur la santé de nature à appuyer la prise de décisions concernant les soins personnels. Ce portail serait stratégiquement relié aux sites Web provinciaux et territoriaux afin d'assurer l'uniformité des renseignements sur la santé d'un bout à l'autre du Canada.

Conscient que les renseignements sur la santé diffusés sur Internet ne sont accessibles qu'à ceux qui ont des ordinateurs, le Comité croit que le gouvernement devrait aussi mener des campagnes de sensibilisation pour renseigner le public sur un vaste éventail de sujets comme l'importance de consommer des aliments sains, de faire régulièrement de l'exercice, de ne pas fumer et d'adopter des pratiques sexuelles sûres. Ce sont tous là des messages importants qu'il faut constamment répéter. Nous sommes d'accord avec les témoins qui estiment que le rôle du gouvernement n'est pas d'imposer un « bon comportement », mais plutôt de créer un contexte qui amène les gens à faire eux-mêmes les bons choix.

Le fait de fournir la « bonne information » en matière de santé et de maladie et de mener une campagne de sensibilisation constante auprès du public peut sensiblement contribuer à prévenir bon nombre de maladies et la plupart des blessures, et améliorer par le fait même l'état de santé général de la population. À propos du cancer, par exemple, la D<sup>re</sup> Barbara Whylie, directrice de la Politique de contrôle du cancer à la Société canadienne du cancer, a souligné que :

*[...] les recherches indiquent, et nous permettent d'estimer que jusqu'à 70 % des cas de cancer peuvent être évités lorsque les gens évitent les facteurs de risque connus, comme le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité, l'exposition prolongée aux rayons du soleil et les substances cancérigènes en milieu de travail et dans l'environnement<sup>243</sup>.*

En ce qui a trait aux blessures, le D<sup>r</sup> Robert Conn, président-directeur général de SAUVE-QUI-PENSE, a mentionné ce qui suit au Comité :

*Du point de vue de la prévention, ce qui est saisissant, c'est que plus de 90 % des blessures dont souffrent les gens qui arrivent à l'hôpital auraient pu être évitées. Ce sont des blessures prévisibles et évitables<sup>244</sup>.*

Des témoins ont souligné que les mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie ne doivent pas être perçues comme des éléments pouvant se substituer aux activités du système de soins de santé en général ou comme des interventions entièrement extérieures au traitement des maladies et à la prestation de soins. Au contraire, elles doivent être intégrées à la prestation des services de santé.

Des témoins ont cité l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire comme exemple d'un programme possédant les caractéristiques d'intégration nécessaires. Cette initiative est une stratégie à niveaux multiples qui permet de relier entre eux les services nationaux,

---

<sup>243</sup> D<sup>re</sup> Barbara Whylie (37:135).

<sup>244</sup> D<sup>r</sup> Robert Conn (37:138).



provinciaux et locaux de santé. L'Initiative se fonde sur une approche à plusieurs facettes — qui tient compte des principaux facteurs de risque pouvant être prévenus ou contrôlés. Elle allie la recherche à la mise en œuvre de programmes communautaires de santé cardiaque visant principalement à modifier l'environnement de façon à favoriser l'adoption par la population d'habitudes « saines pour le cœur ».

Enfin, le Comité s'est fait dire que les efforts de promotion de la santé et de prévention de la maladie ne devaient pas venir uniquement du gouvernement. Les employeurs ont tout à gagner en investissant eux aussi dans la prévention en milieu de travail. Edward Buffett, président-directeur général de Buffett Taylor & Associates Ltd., société d'experts-conseils en avantages sociaux et en mieux-être au travail, a donné un exemple de la façon dont les programmes en milieu de travail peuvent avoir un effet positif sur la santé et le mieux-être :

*Il existe actuellement beaucoup de données américaines qui montrent clairement que non seulement il y a des économies, mais que ces économies sont très importantes. Des entreprises, IBM par exemple, disent que chaque dollar investi dans la prévention de la maladie au travail donne un rendement de 6 \$.*

*Le meilleur exemple que je connaisse au Canada est celui de Husky Injection Molding Systems Ltd. Le taux d'absentéisme moyen dans l'industrie à laquelle cette société appartient est de 9,7 %. La société, entité mondiale établie au Canada, compte maintenant plus de 2 000 employés canadiens, surtout à son installation de Bolton, et son taux d'absentéisme est de 1,2 %. Les économies sont phénoménales. Husky Injection Systems fournit sur place des services de naturopathie. Deux médecins font la visite de l'usine régulièrement. Il y a une garderie. À vrai dire, grâce à ses initiatives éclairées, cette société est maintenant en mesure de livrer concurrence à l'échelle mondiale. C'est sa récompense<sup>245</sup>.*

Le Comité est convaincu qu'un investissement de la part des organismes publics et privés dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie est essentiel pour maintenir et améliorer la santé et le mieux-être des Canadiens, et que cet investissement contribuera aussi de façon significative à la viabilité de notre système public de soins de santé.

**Le Comité est convaincu qu'un investissement de la part des organismes publics et privés dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie est essentiel pour maintenir et améliorer la santé et le mieux-être des Canadiens, et que cet investissement contribuera aussi de façon significative à la viabilité de notre système public de soins de santé.**

De même, à propos des blessures, le Dr Robert Conn, de SAUVE-QUI-PENSE, a signalé au Comité qu'il en coûte 8,7 milliards de dollars au système pour traiter les personnes gravement blessées<sup>246</sup>. Le Comité croit qu'il faut faire davantage pour prévenir les blessures et

<sup>245</sup> Edward Buffett (37:34-35).

<sup>246</sup> Dr Robert Conn (37:138).

convient avec le D<sup>r</sup> Conn qu'il faudrait sérieusement envisager d'adopter une stratégie nationale qui allierait études et programmes fondés sur des données probantes pour aider à prévenir les blessures<sup>247</sup>.

## **P** *incipe 7.3*

**On élabore des stratégies générales d'amélioration de la santé de la population qui ont une portée nationale à long terme et se fondent sur des efforts multisectoriels de la part de tous les secteurs de compétence.**

Comme le Comité l'a fait remarquer dans ses rapports antérieurs<sup>248</sup>, le concept de santé de la population n'est pas nouveau et a été largement avalisé par les décideurs à tous les niveaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'appareil gouvernemental. La formulation d'une politique privilégiant une approche axée sur la santé de la population repose essentiellement sur la reconnaissance du fait qu'un large éventail de facteurs contribuent à l'efficacité des soins de santé et à l'état de santé général des collectivités et des individus. Au cours des plus récentes audiences du Comité, des témoins ont donné de nombreux exemples éloquentes pour illustrer l'importance des grands déterminants de la santé. Ainsi, Gary O'Connor, directeur général de l'Association des centres de santé de l'Ontario, a dit ceci du Comité :

***Comme le Comité l'a fait remarquer dans ses rapports antérieurs, le concept de santé de la population n'est pas nouveau et a été largement avalisé par les décideurs à tous les niveaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'appareil gouvernemental.***

*Depuis un siècle, l'amélioration la plus marquée du point de vue de la santé et du mieux-être est attribuable à des sources autres que la thérapeutique. Les facteurs en cause sont les suivants : une eau potable, des logements salubres, le soutien du revenu et le port de la ceinture de sécurité en voiture, pour n'en nommer que quelques-uns<sup>249</sup>.*

Dans le même ordre d'idées, le D<sup>r</sup> Robin Tamblyn, professeur agrégé à la faculté de médecine de l'Université McGill, a déclaré ce qui suit :

*Nous commençons tout juste à comprendre quels sont les facteurs qui déterminent la santé [...]. Dans mon esprit, il faut chercher à appréhender les nombreux facteurs qui influent sur la santé de la population. [...] Si vous voulez remonter en fait à la source pour juger de la santé de la population, il vous faudra alors vous intéresser effectivement à tous ces autres facteurs qui influent sur la santé<sup>250</sup>.*

<sup>247</sup> Fondation SAUVE-QUI-PENSE, mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 10-11.

<sup>248</sup> Voir le volume un (chapitre 5), le volume deux (chapitre 4) et le volume quatre (chapitre 12).

<sup>249</sup> Gary O'Connor (37:115-116).

<sup>250</sup> D<sup>r</sup> Robyn Tamblyn (40:82).



Tout au long de ses audiences, le Comité s'est fait rappeler à maintes reprises les nombreux avantages à long terme que peuvent procurer des stratégies visant à améliorer la santé de la population. Nous avons toutefois appris que la conception et la mise en œuvre de programmes et de politiques découlant d'une approche axée sur la santé de la population posent un certain nombre de difficultés. L'une d'elles réside dans le fait que les avantages des stratégies axées sur la santé de la population mettent souvent du temps à se matérialiser. Cela a d'importantes conséquences dans un système politisé où il n'est pas toujours possible de se concentrer sur le long terme en raison des incessantes pressions à court terme de la vie politique.

La difficulté de coordonner l'activité gouvernementale dans un contexte où les décisions prises par les différents ministères ont toutes un impact sur l'efficacité des soins de santé est un autre des grands défis que pose l'élaboration d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population. Par conséquent, la responsabilité de la santé de la population ne peut incomber exclusivement au ministre de la Santé. Le problème s'accroît lorsqu'il faut tenir compte des différents ordres de gouvernement.

Malgré les nombreuses difficultés que cela pose, les témoins reconnaissent la nécessité d'adopter une approche pluriministérielle et plurisectorielle pour améliorer la santé et le mieux-être de la population canadienne. Par exemple, voici ce qu'a soutenu Gary O'Connor, directeur général de l'Association des centres de santé de l'Ontario :

*Une approche véritablement fondée de la santé reposerait sur l'intégration des éléments qui feraient appel à des partenariats conclus avec d'autres ministères à l'intérieur du gouvernement ainsi qu'avec d'autres gouvernements<sup>251</sup>.*

Des efforts pluriministériels permettraient de faire converger les politiques adoptées par les différents ministères vers les mêmes buts, alors qu'à l'heure actuelle les politiques peuvent avoir des effets divergents sur l'efficacité des soins de santé. Le Dr Tamblyn a cité à cet égard l'exemple suivant :

*Quoi qu'il en soit, nous savons que l'exercice influe sur le métabolisme du glucose. Ainsi, la prolifération des cas de diabète et d'obésité chez les jeunes enfants est liée au manque d'exercice. Parallèlement, le ministère de l'Éducation réduit les budgets consacrés à l'enseignement et les enseignants refusent de prendre part à des activités en dehors des cours. Que faisons-nous? Nous ratons l'occasion de promouvoir et d'enseigner l'éducation physique. Cela aura des conséquences préjudiciables en aval sur la santé. Nous choisissons de nous en désintéresser et préférons procéder immédiatement à des compressions budgétaires dans le secteur de l'éducation, ce qui ne nous permet pas d'atteindre l'objectif qui détermine en fin de compte l'état de santé de notre population<sup>252</sup>.*

Le Comité a appris que, dans au moins une province, de sérieux efforts sont faits pour trouver des façons de mettre en œuvre une approche multidisciplinaire et pluriministérielle à l'égard de la santé de la population. Robert C. Thompson, sous-ministre de la Santé et des Services communautaires du gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, a parlé au Comité du Plan social stratégique qui a été élaboré dans cette province :

---

<sup>251</sup> Gary O'Connor (37:116).

<sup>252</sup> Dr Robin Tamblyn (40:83).



*La province de Terre-Neuve et du Labrador possède déjà l'infrastructure institutionnelle voulue dans le cadre de son Plan social stratégique. Le PSS a été lancé en 1998. Il fait participer les ministères et organismes à vocation économique et sociale à une stratégie globale visant à promouvoir la santé, l'éducation, l'autonomie et la prospérité dans le contexte de collectivités dynamiques et de régions viables.*

*Le PSS a entraîné la création de comités multidisciplinaires dans sept régions. Ces comités identifient les objectifs sociaux qui peuvent être atteints grâce aux activités complémentaires de nombreux ministères et organismes. Il fournit également un soutien institutionnel pour la planification et l'élaboration des politiques au niveau interministériel<sup>253</sup>.*

Citant l'exemple de sa propre province, le Dr Roy West, président du Conseil d'administration de l'Institut national du cancer du Canada de St. John, a affirmé ce qui suit au Comité :

*Il faut adopter un plan social stratégique national — ce que nous avons; Terre-Neuve est la première province à se doter d'un tel plan. Terre-Neuve éprouve actuellement certaines difficultés à mettre ce plan en œuvre à cause du manque de ressources, mais elle se dirige dans la bonne direction, pour essayer de donner plus de pouvoirs aux collectivités afin de les rendre plus en santé et plus économiquement viables<sup>254</sup>.*

Le Comité croit qu'il peut être extrêmement profitable d'adopter des stratégies privilégiant une approche axée sur la santé de la population. Il estime donc important de tenter de surmonter les difficultés qui se posent à leur élaboration et à leur mise en œuvre. Comme point de départ, le Comité est d'avis qu'il est important d'examiner attentivement l'expérience des provinces qui ont tenté de mettre en œuvre des stratégies axées sur la santé de la population et, en particulier, de voir comment le gouvernement fédéral peut contribuer à faire en sorte qu'elles disposent de ressources suffisantes à cette fin.

---

<sup>253</sup> Robert C. Thompson (41:7-8).

<sup>254</sup> Dr Roy West (41:48-49).

**Le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle de premier plan dans le domaine de la santé de la population et consacre davantage de ressources aux stratégies d'amélioration de la santé de la population.**

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont insisté sur le fait que le gouvernement fédéral a été reconnu comme un leader mondial dans l'élaboration du concept de santé de la population, et bon nombre d'entre eux estiment essentiel qu'il joue encore une fois un rôle de premier plan dans la mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour tous les Canadiens. La D<sup>re</sup> Catherine Donovan, médecin hygiéniste aux Services de santé et services communautaires de la région Est de Terre-Neuve, a fait savoir qu'à moins que le gouvernement fédéral déploie suffisamment d'efforts et de ressources, bon nombre des bonnes idées qui ont été mises à l'essai au Canada en ce qui a trait aux stratégies axées sur la santé de la population resteront lettre morte :

***Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont insisté sur le fait que le gouvernement fédéral a été reconnu comme un leader mondial dans l'élaboration du concept de santé de la population, et bon nombre d'entre eux estiment essentiel qu'il joue encore une fois un rôle de premier plan dans la mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour tous les Canadiens.***

*[Le Canada] a besoin de ressources adéquates pour appuyer le type de programmes de protection et de promotion de la santé innovateurs qui auront un impact à long terme sur la santé [...]. Le Canada a toujours excellé dans l'élaboration de théories et d'approches en matière de promotion de la santé de la population, mais nous avons fait relativement peu pour suivre la voie qui nous mérite une reconnaissance internationale<sup>255</sup>.*

Le Comité croit qu'en raison de leur importance, l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies axées sur la santé de la population doivent faire l'objet d'un examen attentif de la part du gouvernement fédéral, qui doit leur consacrer

***Le gouvernement fédéral doit faire œuvre de pionnier en matière de santé de la population en éliminant entre les ministères les cloisonnements qui compartimentent la responsabilité en matière de santé et en coordonnant les activités des différents ministères dont les politiques et les programmes ont une incidence sur la santé (santé, environnement, finances, etc.).***

d'avantage d'attention, d'efforts et de ressources. Le gouvernement fédéral doit faire œuvre de pionnier en matière de santé de la population en éliminant entre les ministères les

<sup>255</sup> D<sup>re</sup> Catherine Donovan (41:66).

cloisonnements qui compartimentent la responsabilité en matière de santé et en coordonnant les activités des différents ministères dont les politiques et les programmes ont une incidence sur la santé (santé, environnement, finances, etc.).

## **P** *incipe 7.5*

### **On examine les politiques gouvernementales pour évaluer leurs répercussions sur la santé et l'efficacité des soins de santé.**

De façon générale, la reconnaissance de la multiplicité des déterminants de la santé rend nécessaire la conception d'une forme quelconque de mécanisme qui permettrait aux Canadiens d'évaluer les répercussions de toutes les politiques gouvernementales sur l'efficacité des soins de santé. Comme l'a proposé le Comité dans son rapport précédent<sup>256</sup>, l'une des façons de procéder consisterait à confier à un commissaire à la santé la responsabilité de faire rapport au Parlement des effets sur la santé de toutes les politiques gouvernementales.

***De façon générale, la reconnaissance de la multiplicité des déterminants de la santé rend nécessaire la conception d'une forme quelconque de mécanisme qui permettrait aux Canadiens d'évaluer les répercussions de toutes les politiques gouvernementales sur l'efficacité des soins de santé.***

Un certain nombre de témoins ont réagi favorablement à cette proposition du Comité. Par exemple, Jeff Wilbee, directeur exécutif de l'Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et de l'Association d'intervention auprès des toxicomanes, a affirmé que « le Canada devrait faire preuve de leadership mondial, par l'entremise d'un commissaire à la santé, et tenter de mesurer et d'améliorer l'état de santé de notre population »<sup>257</sup>. De même, Madeline Boscoe, coordonnatrice du parrainage à la Women's Health Clinic de Winnipeg, a affirmé ce qui suit :

*Nous avons beaucoup apprécié vos observations concernant la promotion de la santé et la santé de la population. Nous croyons que c'est là un élément d'une importance capitale, et nous nous réjouissons de voir proposer l'idée d'un commissaire aux études d'impact sur la santé. Nous espérons que les notions en question seront inscrites dans une loi fédérale. C'est d'ailleurs la blague qui circule chez nous : nous faisons bien des études d'impact pour l'environnement pourquoi ne pas en faire pour les gens<sup>258</sup>?*

Le Comité croit fermement que le suivi des résultats attendus du système de soins de santé doit être à l'avant-plan de la politique gouvernementale. Le seizième principe énoncé au chapitre deux décrit la façon dont, à notre avis, ce suivi devrait être effectué en ce qui a trait à la prestation des soins de santé. Toujours selon ce principe, nous préconisons, au

<sup>256</sup> Volume quatre, p.127.

<sup>257</sup> Jeff Wilbee (37:131).

<sup>258</sup> Madeline Boscoe (30:59).



chapitre quatre, la création d'un mécanisme national, indépendant du gouvernement, qui serait responsable du suivi de la politique en matière de soins de santé et de l'évaluation de l'impact de cette politique sur l'état de santé des Canadiens. Le Comité est convaincu de l'utilité d'un mécanisme semblable, qui serait complémentaire au premier, pour examiner et évaluer l'impact de toutes les politiques gouvernementales sur l'efficacité du système de soins de santé.

Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral pourrait donner un exemple précieux en finançant la mise en place d'un mécanisme permanent pour rendre compte au public canadien des effets de ses politiques sur la santé. Quelle que soit la nature du bureau chargé de cette tâche, l'important est de concevoir un mécanisme lui permettant d'examiner attentivement toutes les politiques gouvernementales sous l'angle de la santé de la population. On pourrait ainsi faire une analyse continue des résultats de ces politiques sur le plan de la

***Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral pourrait donner un exemple précieux en finançant la mise en place d'un mécanisme permanent pour rendre compte au public canadien des effets de ses politiques sur la santé. [...] l'important est de concevoir un mécanisme qui permettra d'examiner attentivement toutes les politiques gouvernementales sous l'angle de la santé de la population.***

santé et créer une certaine obligation générale de rendre des comptes au public. Un rapport annuel d'un tel bureau qui centrerait son attention sur les principaux déterminants de la santé pourrait inclure des prescriptions sur la façon de veiller à ce que toutes les politiques gouvernementales aient l'effet le plus favorable possible sur la santé des Canadiens.

## **P** *incipe 7.6*

**Les stratégies d'amélioration de la santé de la population sont adaptées aux conditions locales, et les collectivités concernées participent à leur conception et à leur mise en œuvre.**

Les témoignages révèlent que l'ensemble des stratégies relatives à la santé de la population devraient être soigneusement pensées afin de tenir compte des réalités propres aux diverses collectivités. Par exemple, les gens seront probablement moins enclins à faire de la bicyclette ou du jogging si les rues ne sont pas sûres. Cela signifie que des programmes rigides appliqués d'une manière uniforme et hautement centralisée mèneraient probablement à l'échec. Pour être efficaces, les programmes communautaires doivent allier une compréhension de la communauté, la participation du public et la collaboration des organismes communautaires. Une coordination des efforts et une mise en œuvre décentralisée s'imposent donc.

***Pour être efficaces, les programmes communautaires doivent allier une compréhension de la communauté, la participation du public et la collaboration des organismes communautaires. Une coordination des efforts et une mise en œuvre décentralisée s'imposent donc.***

En donnant des exemples tirés de leur propre expérience, des témoins ont fait valoir l'importance d'adapter les efforts aux conditions locales. Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres à l'Association des services de soins de santé communautaires de Saskatoon a dit ceci au Comité :

*En ce qui concerne la West Side Clinic, nous avons principalement affaire à une clientèle d'Autochtones vivant en milieu urbain, et les problèmes auxquels nous faisons face sont des déterminants sociaux de la santé. Là, nos infirmières effectuent du travail d'approche et de développement communautaires. Elles savent très bien que les problèmes auxquels la communauté fait face ne se résument pas qu'à des problèmes de santé physique. Nous nous intéressons alors aux questions touchant le logement, la nutrition et tous les enjeux connexes qui ont un impact considérable sur le mieux-être des gens. Le moment venu d'assurer des services à ce segment de la population, on doit aller au-delà de la santé. On aura affaire à certains problèmes très complexes, qui doivent tous être abordés<sup>259</sup>.*

Le Comité est conscient que les effets des déterminants de la santé sur les diverses collectivités peuvent être très différents de l'une à l'autre. Nous croyons que, pour pouvoir de réagir à la configuration particulière des déterminants de la

***Le Comité est conscient que les effets des déterminants de la santé sur les diverses collectivités peuvent être très différents de l'une à l'autre. Nous croyons que, pour pouvoir réagir à la configuration particulière des déterminants de la santé propre à chaque collectivité, il est essentiel que les stratégies d'amélioration de la santé de la population soient le mieux possible adaptées aux conditions locales.***

santé propre à chaque collectivité, il est essentiel que les stratégies d'amélioration de la santé de la population soient le mieux possible adaptées aux conditions locales.

## **P** *incipe 7.7*

**Étant donné ses responsabilités fiduciaires et constitutionnelles, le gouvernement fédéral élabore une stratégie axée sur la santé de la population pour les Canadiens autochtones.**

Dans le volume quatre de son étude, le Comité affirme de façon catégorique qu'à son avis, l'état de santé des Canadiens autochtones est une honte nationale et que le gouvernement fédéral doit prendre les devants pour remédier sans délai à cette situation<sup>260</sup>.

Dans le volume deux, le Comité donne un aperçu de certains des facteurs qui contribuent aux piètres résultats du système de soins de santé chez les peuples autochtones du Canada. Il note à cet égard l'existence d'importantes disparités socioéconomiques entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Les Autochtones sont moins présents dans la population active et ils affichent des taux de chômage supérieurs à ceux de la population en

<sup>259</sup> Ingrid Larson (31:37).

<sup>260</sup> Volume quatre, p. 140.



général. En 1995, le revenu moyen tiré d'un emploi pour un Autochtone était de 17 382 \$, alors que la moyenne nationale était de 26 474 \$. Le Comité signale aussi que les Canadiens autochtones semblent être le sous-groupe le plus nombreux pour lequel les risques de devenir sans-abri au Canada sont les plus élevés, et qu'un grand nombre d'Autochtones (43 %) vivent dans des logements insalubres<sup>261</sup>.

Même si le Comité n'a pas entendu beaucoup de représentants autochtones lors de ses plus récentes audiences, les témoignages recueillis soulignent encore une fois les nombreuses façons dont une approche axée sur la santé de la population pourrait convenir à l'élaboration de stratégies capables de remédier aux problèmes de santé multidimensionnels auxquels sont confrontés les collectivités autochtones. Par exemple, l'honorable Edward Picco, ministre de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, a rappelé dans quelle mesure les problèmes liés à leur piètre situation socioéconomique affligent les collectivités autochtones :

*Le taux de chômage au Nunavut dépasse les 20 %, comparativement au taux annuel canadien de 8 %. Le revenu annuel moyen de 85 % de notre population se situe bien en deçà de la moyenne canadienne. Cela nous ramène encore [...] aux facteurs socioéconomiques et aux déterminants de la santé<sup>262</sup>.*

Le Ministre a ensuite expliqué de quelle façon ce genre de problèmes se répercute négativement sur l'état de santé des Inuits du Nunavut :

*Monsieur le président, je crois qu'il est aussi important de souligner le surpeuplement du Nunavut causé par notre situation du logement. Je suis également le ministre responsable du phénomène des sans-abri. Au Nunavut, lorsqu'on parle de sans-abri, on utilise deux termes, soit « absence de logements relative » et « absence de logements absolue ».*

*L'absence de logements absolue fait référence aux gens qui arpentent les rues de vos grandes villes. L'absence de logements relative illustre plutôt ce qui se passe au Nunavut lorsque 22 personnes habitant une maison de deux chambres doivent dormir dans un placard, sur le plancher ou chacun leur tour, sur un matelas de mousse.*

*Si vous vivez dans un tel milieu, monsieur le président, que vous avez le rhume, la grippe ou une pneumonie et que vous ne mangez pas à votre faim, il est bien évident que votre état de santé se détériore. C'est ce qui se produit actuellement au Canada<sup>263</sup>.*

Des témoignages comme celui-ci confirment l'opinion du Comité selon laquelle il est essentiel de travailler à l'élaboration d'un « plan exhaustif qui répondrait

***Le Comité croit qu'il est essentiel de travailler à l'élaboration d'un « plan exhaustif qui répondrait aux besoins de tous les Autochtones du Canada en matière de santé ».***

<sup>261</sup> Volume deux, p. 61-62.

<sup>262</sup> Edward Picco (32:23).

<sup>263</sup> Edward Picco (32:23).



aux besoins de tous les Autochtones du Canada en matière de santé »<sup>264</sup>.

Le Comité a aussi indiqué précédemment que la participation de différents secteurs de compétence à la prestation des services de santé aux collectivités autochtones constitue un autre obstacle à la coordination des efforts visant à améliorer l'efficacité des soins de santé offerts aux Autochtones. Nous avons souligné dans le volume deux que les conflits de compétence touchant la prestation de services de santé aux peuples autochtones sont de deux ordres<sup>265</sup>. Le premier vient du partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et peut faire en sorte que certains services ne soient pas également accessibles à toutes les collectivités. Ce problème a été mis en évidence par le ministre Picco lorsqu'il a déclaré ce qui suit à propos des Inuits du Canada :

*Monsieur le président, j'ai aussi mentionné que les Inuits s'attendent à recevoir des soins de santé comparables à ceux que reçoivent les autres Canadiens. Pour leur offrir ce niveau de soins, nous avons besoin de ressources du gouvernement du Canada. Nous suggérons fortement que le gouvernement du Canada accepte et s'acquitte de sa responsabilité auprès des 85 % de la population du Nunavut qui est composée d'Inuits*<sup>266</sup>.

Parmi les autres conséquences découlant de l'intervention de deux compétences dans la prestation des services de santé, on note la fragmentation des programmes; certaines difficultés dans les mécanismes de rapport; des incohérences, des lacunes ou d'éventuels chevauchements de programmes et l'inaptitude à adopter une approche holistique en matière de santé et de mieux-être.

Des témoins ont également insisté sur l'importance d'adapter la prestation des soins de santé et les mesures de santé préventives aux réalités concrètes des collectivités autochtones. Mme Ruth Morin, présidente-directrice générale du Nechi Institute, a fait valoir ce point de vue :

*Par exemple, l'Alberta Cancer Board a remarqué que le taux de cancer du sein chez les femmes autochtones avait augmenté et que le taux de décès était également beaucoup plus élevé que chez les autres femmes canadiennes. On a constaté que les femmes autochtones ne se présentaient pas à leur rendez-vous pour subir une mammographie. Pourquoi? L'une des raisons est qu'elles doivent se déplacer, mais le taux d'abus sexuels est également plus élevé, en raison de toute cette histoire des écoles résidentielles. Beaucoup de femmes considéraient le fait d'aller subir une mammographie comme une énorme montagne à franchir et nombre d'entre elles n'étaient pas prêtes à faire cet effort qui leur paraissait insurmontable. Toutefois, lorsque l'on apportait un mammographe sur place et qu'elles déjeunaient, qu'elles se réunissaient entre femmes, et que les enfants étaient surveillés, alors les femmes autochtones se sentaient beaucoup plus disposées à participer. Elles appréciaient la sécurité de leur propre collectivité, entourées de leur peuple les*

---

<sup>264</sup> Volume quatre, p. 143.

<sup>265</sup> Volume deux, p. 72-73.

<sup>266</sup> Edward Picco (31:77).

*assistant. Les femmes sont donc venues, les mammographies ont donc pu être effectuées et tout le monde était beaucoup plus heureux*<sup>267</sup>.

La question de savoir comment parvenir à une intégration de toutes les activités liées à la santé de façon à satisfaire aux besoins des Autochtones et à permettre leur participation à toutes les étapes de la conception et de la mise en œuvre de ces programmes demeure toutefois non résolue. Cette question a été soulevée récemment dans le Rapport d'étape de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, où il est noté que l'intégration des services de santé pourrait être encouragée grâce à l'adoption de mesures permettant aux provinces et aux territoires d'assumer une plus grande part de responsabilité en la matière :

*Les Autochtones ont toujours eu une vision plus intégrée et plus globale de la santé que ne le prévoit le système actuel, dont la vision, plus étroite, est encore axée sur les services de santé dispensés par les médecins et les hôpitaux. Depuis quelques décennies, toutefois, les gouvernements provinciaux et territoriaux se dirigent vers une approche plus intégrée, donc plus fidèle à la perspective traditionnelle des Autochtones face aux soins de santé. On assiste donc à une intégration progressive des services de santé offerts aux Autochtones dans les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux ainsi qu'à la création de programmes réservés aux Autochtones*<sup>268</sup>.

Cette éventualité soulève la question de savoir si les provinces et les territoires pourraient profiter du fait qu'ils sont déjà responsables de la prestation des services de santé à la population en général pour faire en sorte que la prestation de services aux peuples autochtones soit, elle aussi, mieux coordonnée. Le Comité reconnaît qu'il existe bien des façons de réorganiser les responsabilités gouvernementales en matière de prestation de soins de santé aux

***Le Comité réitère donc son engagement à l'égard de « l'articulation d'un plan d'action national pour la santé autochtone afin d'améliorer la coordination interjuridictionnelle au niveau de la prestation des services de santé ». L'une des solutions à envisager dans ce contexte consisterait pour le gouvernement fédéral à financer des programmes de soins de santé qui seraient offerts par les provinces, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves.***

Autochtones pour en arriver à une plus grande intégration, et que d'autres consultations et réflexions seront nécessaires avant qu'il ne soit en mesure de formuler des recommandations à cet égard. De plus, il est clair pour le Comité que, quelles que soient les ententes jugées les plus convenables, le gouvernement fédéral conserve ses responsabilités constitutionnelles et fiduciaires à l'égard des peuples autochtones du Canada. Le Comité réitère donc son engagement à l'égard de « l'articulation d'un plan d'action national pour la santé autochtone afin d'améliorer la coordination interjuridictionnelle au niveau de la prestation des services de santé »<sup>269</sup>. L'une des solutions à envisager dans ce contexte consisterait pour le gouvernement fédéral à financer des programmes de soins de santé qui seraient offerts par les provinces, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves.

<sup>267</sup> Ruth Morin (32:27).

<sup>268</sup> Rapport d'étape de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, p. 41.

<sup>269</sup> Volume quatre, p. 143.

En raison de l'importance de la question de l'état de santé des peuples autochtones du Canada, le Comité propose de publier un rapport distinct dans lequel il fera part de ses recommandations au gouvernement fédéral.





### LISTE DES PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE

#### CHAPITRE DEUX

#### PRINCIPES DEVANT GUIDER LA RESTRUCTURATION ET LE FINANCEMENT DU SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ

##### **Principe Un**

Les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont financés (assurés) exclusivement par le gouvernement, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme indépendant.

##### **Principe Deux**

Le montant des fonds publics consacrés à l'assurance des soins de santé publics est stable et prévisible.

##### **Principe Trois**

Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé.

##### **Principe Quatre**

La détermination des services couverts par l'assurance-santé publique se fait d'une façon ouverte et transparente. Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas.

##### **Principe Cinq**

Le gouvernement fédéral contribue en permanence au financement des technologies de la santé.

##### **Principe Six**

Le gouvernement fédéral consacre davantage d'argent aux éléments du secteur de la santé et des soins de santé vis-à-vis desquels il assume d'importantes responsabilités.

##### **Principe Sept**

Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.

**Principe Huit**

La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.

**Principe Neuf**

Les régies régionales de la santé sont chargées de l'achat des services hospitaliers auprès des établissements de leur région.

**Principe Dix**

La réforme des soins primaires aboutira à une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

**Principe Onze**

Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.

**Principe Douze**

De nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions sont élaborées pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.

**Principe Treize**

Durant la seconde étape de la réforme des soins de santé, un « marché interne » devrait probablement être constitué où les équipes de soins primaires achèteraient, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.

**Principe Quatorze**

Une stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) permet de garantir une offre suffisante de fournisseurs de soins de santé et une exploitation optimale de leurs services.

**Principe Quinze**

Les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats.

**Principe Seize**

La saisie des résultats des traitements et du rendement du système de soins de santé fait partie intégrante du système d'information sur la santé. Ces activités de contrôle et d'évaluation sont réalisées par un organisme national (et non fédéral) indépendant et sont financées par l'État.

**Principe Dix-sept**

Le système public de soins de santé du Canada est axé sur le patient.



**Principe Dix-huit**

Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation pour les services jugés médicalement nécessaires.

**Principe Dix-neuf**

On accorde la priorité aux programmes qui ont pour but de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.

**Principe Vingt**

Un délai d'attente maximum devrait être fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger.

**CHAPITRE TROIS****FINANCEMENT ET ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ**

Que le gouvernement fédéral mette sur pied un programme à long terme destiné à aider les provinces et les territoires à se procurer et à exploiter les technologies de la santé, et que ce programme soit assorti de mécanismes par lesquels les provinces et les territoires bénéficiaires rendront compte de l'utilisation des fonds fédéraux réservés à cette fin.

Que le gouvernement fédéral accroisse le montant des fonds destinés à l'OCCETS et aux autres organismes d'évaluation des technologies de la santé.

Que ces fonds additionnels servent à accroître l'ETS au Canada et à améliorer la diffusion et la promotion des résultats de l'ETS auprès des fournisseurs et des administrateurs des soins de santé.

Que le gouvernement fédéral accorde des sommes additionnelles aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé pour soutenir la recherche sur les répercussions potentielles des technologies de la santé sur les coûts du système de soins de santé.

**CHAPITRE QUATRE****CREATION D'UNE INFOSTRUCTURE NATIONALE DE LA SANTE**

Que, au terme de la période de trois à cinq ans, le gouvernement fédéral accorde du financement additionnel à Inforoute Santé du Canada Inc. pour permettre à cette entreprise de créer, de concert avec les provinces et les territoires, un système national de dossiers de santé électroniques.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec toutes les parties impliquées dans l'informatisation des dossiers de santé, établisse des normes et des règles applicables à la collecte, au stockage et à l'utilisation des renseignements.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, entreprenne la mise sur pied d'un système national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé. Ce système devra : 1) s'appuyer sur les compétences et les organismes actuels; 2) être indépendant des gouvernements; 3) bénéficier d'un financement public approprié. Le gouvernement fédéral devra accorder un financement substantiel à cette initiative fort importante.

Que le gouvernement fédéral maintienne les efforts qu'il déploie en matière de santé rurale et qu'il investisse dans des applications de la télésanté qui permettront d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services de santé dans les régions rurales ou éloignées.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces, les territoires et les parties intéressées, établisse un portail national d'information sur la santé en s'appuyant sur le succès du Réseau canadien de la santé et en réalisant l'intégration des portails provinciaux et territoriaux.

- En priorité, il faudrait que les investissements dans le portail national visent d'abord les milieux où l'infrastructure technique de base est inadéquate, en particulier les collectivités autochtones, rurales et éloignées. Cela permettrait d'améliorer considérablement l'accès pour tous les Canadiens à de l'information objective sur la santé.

## **CHAPITRE CINQ**

### **FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ**

Que le gouvernement fédéral établisse, sur une base régulière et en collaboration avec tous les intervenants, des objectifs et des priorités nationaux pour la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral favorise la collaboration entre différents intervenants lorsqu'il exécute, finance et utilise des recherches en santé. On pourrait ainsi disposer des meilleures ressources possibles, tout en réduisant au minimum le chevauchement et le double emploi.

Que le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, dans l'élaboration d'une stratégie visant à encourager l'échange de chercheurs entre le gouvernement, le milieu universitaire et le secteur privé, y compris les organisations bénévoles nationales.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise aussi bien de Santé Canada que des Instituts de recherche en santé du Canada, assure la coordination et fournisse les ressources nécessaires pour que le Canada contribue à la révolution scientifique et en bénéficie, de façon à en maximiser les avantages économiques, sanitaires et sociaux pour les Canadiens.

Que le gouvernement fédéral :

- augmente, dans un laps de temps raisonnable, sa contribution financière à la recherche extérieure en santé, de façon à atteindre un niveau de 1 % des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada;

- établisse des plans à long terme clairs pour le financement de la recherche en santé, et s'y conforme, particulièrement par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada. Plus précisément, le gouvernement fédéral devrait adopter un horizon de planification de cinq ans pour le budget des IRSC;
- fasse un investissement prévisible et suffisant dans la recherche interne en santé.

Que Santé Canada :

- dispose des ressources financières et humaines de recherche en santé qu'il lui faut pour s'acquitter de son mandat et de ses obligations;
- entreprenne activement d'établir des liens et des partenariats avec d'autres intervenants du domaine de la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, de Santé Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, consacre des fonds supplémentaires à la recherche sur les services de santé et à la recherche clinique, et qu'il collabore avec les provinces et les territoires pour que les résultats de ces recherches soient largement diffusés parmi les fournisseurs, les gestionnaires et les décideurs du domaine des soins de santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, affecte davantage de fonds à la recherche portant sur la santé de segments particulièrement vulnérables de la société canadienne.

Que le gouvernement fédéral affecte des fonds supplémentaires à l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, afin d'intensifier la participation des chercheurs canadiens en santé, et notamment des Autochtones eux-mêmes, aux recherches visant à améliorer la santé des Autochtones canadiens.

Que Santé Canada reçoive des ressources supplémentaires pour étendre sa capacité de recherche et renforcer sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones.

Que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources à l'Initiative de recherche en santé mondiale.

Que le gouvernement fédéral exige de tous les bénéficiaires de subventions fédérales à la recherche en santé l'engagement explicite d'obtenir le maximum d'avantages pour le Canada quand les résultats de la recherche subventionnée sont utilisés à des fins lucratives.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, sans faire abstraction de la valeur sociale de la recherche en santé n'ayant pas de résultats commerciaux lucratifs, cherchent à favoriser les retombées économiques au Canada découlant de leurs investissements dans la recherche canadienne en santé, quand les résultats de cette recherche sont utilisés à des fins lucratives. Ce faisant, les IRSC devraient élaborer une stratégie d'innovation visant à accélérer et à faciliter la commercialisation des résultats de la recherche en santé.



Que le gouvernement fédéral investisse des ressources supplémentaires, dans le cadre de la stratégie d'innovation des IRSC, pour valoriser la production des chercheurs canadiens en santé et renforcer la capacité de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée par des fonds fédéraux. Le nouveau financement devrait s'ajouter aux investissements actuels dans la recherche en santé. Il faudrait en particulier rendre permanent le financement des coûts indirects de la recherche par les organismes subventionnaires du Canada. Les responsables de la recherche en santé devraient rendre compte de l'utilisation des fonds de commercialisation.

Que Santé Canada prenne l'initiative, en collaboration avec les intervenants, de l'élaboration d'un système commun de gouvernance de la recherche en santé effectuée sur des sujets humains s'appliquant à toute la recherche que le gouvernement fédéral exécute, finance et utilise dans ses activités de réglementation.

Que, dans l'élaboration de ce système de gouvernance de l'éthique, Santé Canada considère les éléments suivants comme essentiels au progrès :

- travailler en premier sur toute la recherche (en santé) que le gouvernement fédéral exécute, finance ou utilise dans ses activités de réglementation, afin d'élaborer un système efficace et efficient de gouvernance qui sera adopté comme norme partout au Canada;
- accorder une grande importance, dans le système de gouvernance, à des mécanismes efficaces d'éducation et de formation, destinés à tous ceux qui s'occupent de recherche et d'éthique de la recherche et dotés d'un processus d'agrément correspondant aux responsabilités des différents participants;
- élaborer des normes, fondées sur l'*Énoncé de politique des trois Conseils*, les lignes directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques sur des sujets humains et d'autres normes pertinentes canadiennes et étrangères, pouvant servir de base à l'autorisation ou à l'agrément des fonctions ou des comités d'éthique de la recherche à un niveau correspondant aux attentes des Canadiens et aux normes d'autres pays;
- veiller à l'actualisation de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* et à son maintien à l'avant-garde des politiques internationales régissant l'éthique ou la recherche sur des sujets humains;
- faire disparaître les incohérences entre les différentes politiques qui régissent actuellement la recherche sur des sujets humains et faire concorder les normes canadiennes avec celles d'autres pays qui influent sur la recherche canadienne;
- établir un processus d'autorisation ou d'agrément des fonctions d'éthique de la recherche, qui soit indépendant du gouvernement, mais qui soit clairement tenu de lui rendre compte de son activité;
- élaborer le système de gouvernance dans le cadre de consultations de fond ouvertes et transparentes avec les intervenants.

Que tous les ministères et organismes fédéraux imposent le respect des normes du Conseil canadien de protection des animaux dans :

- toute la recherche effectuée dans des installations fédérales;
- toute la recherche financée par des ministères et organismes fédéraux, mais effectuée en dehors des installations fédérales;
- toute la recherche effectuée sans financement fédéral en dehors des installations fédérales, mais dont les résultats sont présentés au gouvernement fédéral ou sont utilisés par lui dans l'exercice de fonctions prévues par voie législative.

Que des règlements comme celui que proposent les Instituts de recherche en santé du Canada fassent l'objet de l'étude la plus complète et la plus équitable possible dans le cadre des discussions qui se tiendront sur les moyens de clarifier et de préciser la loi, afin d'en atteindre les objectifs sans entraver d'importantes recherches destinées à améliorer la santé des Canadiens et à leur assurer de meilleurs services de santé.

Que des discussions se poursuivent entre les intervenants, le commissaire à la protection de la vie privée et les ministères fédéraux et provinciaux qui s'occupent de la prestation, de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des services de santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, élabore et mette en œuvre un programme de sensibilisation du public destiné à assurer une meilleure compréhension :

- de la nature et de la raison d'être des grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels, qui doivent être tenues pour assurer le fonctionnement d'un système public de soins de santé;
- du besoin essentiel de faire une utilisation secondaire de telles bases de données aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, se charge de favoriser :

- une discussion et un examen réfléchis des questions éthiques, concernant notamment le consentement éclairé, que pose l'utilisation secondaire des renseignements médicaux personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins;
- une étude approfondie des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que les bases de données contenant des renseignements médicaux personnels sont efficacement créées, tenues et protégées et que leur utilisation aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins est faite d'une manière ouverte, transparente et responsable.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, en partenariat avec le secteur privé et d'autres intervenants, continuent d'étudier les aspects éthiques des relations entre les secteurs afin de veiller à ce que la collaboration et les partenariats jouent dans l'intérêt de tous les Canadiens.

## CHAPITRE SIX

### PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES SOINS DE SANTÉ

Que le gouvernement fédéral :

- Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que toutes les écoles de médecine et de sciences infirmières reçoivent les augmentations de financement nécessaires pour leur permettre d'accroître le nombre d'inscriptions.
- Envisage des mécanismes permettant un financement fédéral direct afin de soutenir un plus grand nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine et de soins infirmiers, et assure la stabilité du financement en vue de la formation de professionnels paramédicaux.
- Examine les programmes de prêts étudiants offerts aux professionnels de la santé et y apporte les modifications nécessaires afin que les augmentations inévitables de frais de scolarité, particulièrement en médecine, ne nuisent pas aux étudiants défavorisés sur le plan socioéconomique.
- Fournisse une aide particulière aux étudiants en soins infirmiers au titre des frais de scolarité, quitte à abolir complètement ces frais pour une période limitée.
- Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que la rémunération des différentes catégories de professionnels de la santé tienne compte du niveau de formation réel exigé d'eux.

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les facultés de médecine et de sciences infirmières afin de financer des places à l'intention des étudiants d'origine autochtone, en plus des places offertes à la population générale.

Que, pour faciliter le retour au Canada de professionnels de la santé canadiens travaillant à l'étranger, le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les associations professionnelles afin d'informer ces professionnels des nouvelles perspectives d'emploi au Canada, et qu'il étudie la possibilité d'adopter des incitatifs fiscaux à court terme pour ceux qui sont prêts à rentrer au Canada.

Que le gouvernement fédéral travaille avec d'autres parties intéressées afin de créer un organisme national permanent de coordination des ressources humaines de la santé, composé de représentants des principaux intervenants et des différents ordres de gouvernement. Son mandat serait le suivant :

- diffuser des renseignements à jour sur les besoins en ressources humaines;
- coordonner des projets visant à assurer un nombre suffisant de diplômés pour réaliser l'objectif de l'autonomie en matière de ressources humaines;



- partager et promouvoir les pratiques exemplaires quant aux stratégies servant à retenir des professionnels de la santé compétents, et coordonner les efforts de rapatriement des professionnels de la santé canadiens qui ont émigré;
- recommander des stratégies pour accroître le nombre de professionnels de la santé provenant de groupes sous-représentés, comme les peuples autochtones, et dans les régions mal desservies, particulièrement les régions rurales et éloignées;
- examiner les possibilités en vue d'une meilleure coordination, entre les divers ordres de gouvernement, des exigences en matière d'accréditation et d'immigration.

Que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les provinces et les territoires à la réforme de la prestation des soins primaires et qu'il assure un soutien financier permanent au projet de réforme entraînant la création d'équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires qui :

- visent à offrir une large gamme de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- veillent à faire en sorte que les services soient dispensés par les professionnels de la santé compétents qui conviennent le mieux;
- utilisent à leur pleine mesure les capacités et les compétences d'un éventail de professionnels de la santé;
- adoptent d'autres modes de rémunération que les honoraires à l'acte, par exemple la capitation, soit exclusivement, soit dans le cadre d'une formule de financement mixte;
- cherchent à intégrer des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans leur travail quotidien;
- s'organisent de façon à pouvoir faire l'acquisition de services auprès d'hôpitaux et d'autres fournisseurs institutionnels au nom de leurs patients;
- assument progressivement une plus grande part de responsabilité à l'égard des besoins en santé et en bien-être de la population qu'ils servent.

## CHAPITRE SEPT

### VERS UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

#### Principe 7.1

Les gens prennent eux-mêmes leur santé en main.

#### Principe 7.2

Les programmes gouvernementaux visant à habiliter les gens à prendre davantage leur santé en main et, en particulier, les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, figurent au premier rang des priorités.

**Principe 7.3**

On élabore des stratégies générales d'amélioration de la santé de la population qui ont une portée nationale à long terme et se fondent sur des efforts multisectoriels de la part de tous les secteurs de compétence.

**Principe 7.4**

Le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle de premier plan dans le domaine de la santé de la population et consacre davantage de ressources aux stratégies d'amélioration de la santé de la population.

**Principe 7.5**

On examine les politiques gouvernementales pour évaluer leurs répercussions sur la santé et l'efficacité des soins de santé.

**Principe 7.6**

Les stratégies d'amélioration de la santé de la population sont adaptées aux conditions locales, et les collectivités concernées participent à leur conception et à leur mise en œuvre.

**Principe 7.7**

Étant donné ses responsabilités fiduciaires et constitutionnelles, le gouvernement fédéral élabore une stratégie axée sur la santé de la population pour les Canadiens autochtones.

## ANNEXE B

### LISTE DES TÉMOINS

---

#### **Lundi 15 octobre 2001**

*Université du Manitoba*

Linda West, professeure, Asper School of Business

*Frontier Centre for Public Policy:*

Peter Holle, président

*Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:*

Henry Friesen, chef d'équipe

John Foerster

Audrey Tingle

Chuck Laflèche

*Offices régionaux de la santé du Manitoba:*

Bill Bryant, président, Conseil des présidents

Kevin Beresford, président, Conseil des administrateurs

Randy Lock, directeur général

*Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba:*

Noralou Roos

*Women's Health Clinic:*

Madeline Boscoe, coordonnatrice de parrainage

*Hospice and Palliative Care Manitoba:*

Paul Henteleff, président, Comité de parrainage

John Bond, membre, Comité de parrainage

Margaret Clarke, directrice générale

*Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):*

Paul Moist, président

Lorraine Sigurdson, coordonnatrice des soins de santé

*Société franco-manitobaine:*

Daniel Boucher, président-directeur général

#### **Mardi 16 octobre 2001**

*Saskatchewan Registered Nurses' Association:*

June Blau, présidente

*Infirmières de l'Ordre de Victoria:*

Bob Layne, vice-président, Planification et relations gouverne mentales (région de l'Ouest)

Lois Clark, directrice générale, IOV du centre-nord de la Saskatchewan

Brenda Smith, membre du conseil d'administration national (Saskatchewan)

*L'Association des services des soins de santé communautaires (Saskatoon):*

Kathleen Storrie, vice-présidente

Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres



*À titre personnel:*  
Dr John Bury

*Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan:*  
Tom Graham, président, SCFP Saskatchewan  
Stephen Foley, président, Conseil de la santé  
John Welden, coordonnateur de la santé, Conseil de la santé

*Chambre de commerce de Saskatoon:*  
Dave Dutchak, président  
Kent Smith-Windsor, directeur général  
Jodi Blackwell, directrice de la recherche et des opérations

*Société d'arthrite de la Saskatchewan:*  
Sherry McKinnon, directrice exécutive  
Joy Tappin, membre du conseil d'administration

*Association canadienne des loisirs/parcs:*  
Randy Goulden, directeur exécutif, Tourisme Yorkton

*Ralliement national des Métis:*  
Gerald Morin, président  
Don Fidler, directeur, Soins de santé

### **Mercredi 17 octobre 2001**

*Premier's Advisory Council on Health (Alberta):*  
Le très honorable Don Mazankowski, C.P., président  
Peggy Garritty

*Ministère de la Santé et des Services sociaux (Nunavut):*  
L'honorable Edward Picco, ministre

*Calgary Health Region:*  
Jack Davis, président-directeur général

*Capital Health Authority:*  
Sheila Weatherhill, présidente-directrice générale

*Canadian Practical Nurses Association:*  
Pat Fredrickson, présidente

*Université de l'Alberta - Faculté des soins infirmiers:*  
Dre Donna Wilson

*Health Sciences Association of Alberta:*  
Elisabeth Ballerman, présidente

*Alberta Association of Registered Nurses:*  
Sharon Richardson, présidente

*United Nurses of Alberta:*  
Heather Smith, présidente

*Friends of Medicare:*  
Christine Burdett, présidente provinciale

Tammy Horne, membre

*À titre personnel:*

Kevin Taft, député, Assemblée législative de l'Alberta

*Western Canada Waiting List Project:*

John McGurran, directeur de projets

*Primary Care Initiative:*

Dre June Bergman

*Alberta Consumers Association:*

Wendy Armstrong

*Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada:*

George Arès, président

*Conseil consultatif national sur le troisième âge:*

Pat Raymaker, présidente

*Alberta Council on Aging:*

Neil Reimer, secrétaire-trésorier

*Nechi Institute:*

Richard Jenkins, directeur de la commercialisation et de la promotion de la santé

Ruth Morin, présidente-directrice générale

*Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada - Health Advisory Committee:*

Louise Rogers

Kent Harold

Don Junk

## **Jeudi 18 octobre 2001**

*Saskatchewan Committee on Medicare:*

Ken Fyke, président sortant

*Tommy Douglas Research Institute:*

Dave Barrett, président

Marc Eliesen, coprésident

*Market-Media International Corporation:*

Joan Gadsby, présidente

*Université de la Colombie-Britannique – Médecine familiale, Programme de résidence:*

Dr J. Galt Wilson, directeur des programmes - Site Prince George

*Université de la Colombie-Britannique:*

Dr John A. Cairns, doyen de la médecine

Dre Joanna Bates, doyenne associée, Admissions

*Conseil des professions de la santé:*

Dianne Tingey, membre

Gerry Fahey, directeur exécutif

*Cambie Surgery Centre:*

Dr Brian Day, fondateur

*À titre personnel:*

Cynthia Ramsay, économiste de la santé

*Health Association of British Columbia:*

Lorraine Grant, présidente du conseil d'administration

Lisa Kallstrom, directrice générale

*Université de la Colombie-Britannique:*

Professeur John H.V. Gilbert, coordonnateur des sciences de la santé

*Université de la Colombie-Britannique - Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:*

Professeur Charles Wright, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation

*Université de la Colombie-Britannique - Centre for Health Services and Policy Research:*

Professeure Barbara Mintzes

*Professional Association of Residents of British Columbia:*

Dre Kristina Sharma

## **Vendredi 19 octobre 2001**

*Association médicale canadienne:*

Dr Peter Barrett, président sortant

Dr Arun Garg, président, Conseil de la politique et de l'économie de la santé

*Association médicale de la Colombie-Britannique:*

Dre Heidi Oetter, présidente

Darrell Thomson, directeur, Analyse de l'économie et de la politique

*Université de la Colombie-Britannique - Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry:*

Dr Peter D. McLean, professeur et directeur

*Maples Surgical Centre (Manitoba):*

Dr Mark Godley

## **Lundi 29 octobre 2001**

*Canadian Radiation Oncology Services:*

Dr Thomas McGowan, président et directeur médical

*Fédération des contribuables canadiens:*

Walter Robinson, directeur fédéral

*Conseil canadien des Églises:*

Stephen Allen, membre de la Commission justice et paix et coprésident de la Commission oecuménique sur les soins de la santé

*Buffett Taylor Associates Ltd., société d'experts-conseil en avantages sociaux et en mieux-être au travail:*

Edward Buffet, président-directeur général

*À titre personnel:*

Dr Michael M. Rachlis

*Medical Reform Group:*

Dr Joel Lexchin



*At Work Health Solutions Inc.:*

Dr Arif Bhimji, président

Gery Barry, président et directeur général de Liberté Santé

*Association des consommateurs du Canada:*

Jean Jones, présidente du Comité sur la santé

Mel Fruitman, président

*Ontario Association of Optometrists:*

Dr Joseph Chan, président

*Instruments Médicaux du Canada (MEDEC):*

Peter Goodhand, président

*AstraZeneca:*

Gerry McDole, président-directeur général

*Comcare services de santé:*

Mary Jo Dunlop, président

*Hôpital St-Michael:*

Jeffrey Lozon, président-directeur général

*Association des centres de santé de l'Ontario:*

Gary O'Connor, directeur général

*Association médicale de l'Ontario:*

Dr. Kenneth Sky, président

*Société d'Arthrite:*

Denis Morrice, président et directeur général

*SAUVE-QUI-PENSE:*

Dr Robert Conn, président et directeur général

*Société canadienne du cancer:*

Dr Barbara Whyllie, directrice, Politique de contrôle

Mme Cheryl Mayer, directrice, Programmes de lutte contre le cancer

*Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et de l'Association d'intervention auprès des toxicomanes:*

Jeff Wilbee, directeur général

## **Mardi 30 octobre 2001**

*Institut canadien d'information sur la santé:*

Michael Decter, président, Conseil d'administration

*Association des hôpitaux de l'Ontario:*

David MacKinnon, président directeur général

*Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario:*

Doris Grinspun, directrice exécutive

*Université McMaster, Département d'économie:*

Jeremiah Hurley, professeur

*Université de Toronto, Département des sciences de la santé publique:*  
Dr. Cameron Mustard, professeur

*Université de Toronto:*  
Colleen Flood, professeur

*Drug Trading Company Limited:*  
Larry Latowsky, président directeur général  
Jane Farnham, vice-présidente, Pharmacie

*Association des pharmaciens du Canada:*  
Ron Elliott, président

*GlaxoSmithKline:*  
Geoffrey Mitchinson, vice-président, Relations publiques

*Medtronic:*  
Donald A. Hurley, président

*Association canadienne des personnes retraitées:*  
Lillian Morgenthau, présidente et co-fondatrice  
Dr. Bill Gleberzon, directeur exécutif associé

*Association canadienne pour l'intégration communautaire:*  
Cheryl Gulliver, présidente  
Connie Laurin-Bowie  
Margot Easton

*Institut Roehr:*  
Cameron Crawford, président

*À titre individuel:*  
Clement Edwin Babb  
Robert S. W. Campbell

### **Mercredi 31 octobre 2001**

*À titre personnel:*  
L'honorable Claude Forget  
L'honorable Claude Castonguay  
André-Pierre Contandriopoulos, professeur, Faculté de médecine, Université de Montréal

*Hôpital Hôtel-Dieu de Québec:*  
Dr Serge Boucher

*Conseil du patronat du Québec:*  
M. Gilles Taillon, président

*Chambre de commerce du Canada:*  
Mme Nancy Hughes Anthony, présidente-directrice générale  
M. Michael N. Murphy, vice-président principal, Politiques

*À titre personnel:*  
M. Jean-Luc Migué  
M. Lee Soderstrom, professeur, Département d'économie, Université McGill

*Institut économique de Montréal:*

M. Michel Kelly-Gagnon, directeur exécutif

Dr Edwin Coffey, professeur adjoint retraité de la Faculté de médecine, Université McGill, et ex-président de l'Association médicale du Québec

*Fondation Frosst pour les soins de santé:*

Dr Monique Camerlain, présidente du conseil d'administration

Mme Janet Castonguay, directrice exécutive

## **Jeudi 1 novembre 2001**

*Association des optométristes du Québec:*

Langis Michaud, président

Marie-Josée Crête, directrice générale adjointe

Clairmont Girard, conseiller

*Collège des médecins du Québec:*

Dr Yves Lamontagne, président

Dr André Garon, secrétaire général délégué

*À titre individuel:*

Robert Dorion

*Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes:*

Mark Daniels, président

Greg Traversy, vice-président-directeur général

Yves Millette, vice-président senior, Affaires (Québec)

Frank Fotia, vice-président, Assurance collective

*À titre individuel:*

Dr Margaret A. Somerville, directrice intérimaire, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, Université McGill

Robyn Tamblyn, professeur agrégé, Département d'économie, Université McGill

*Merck Frosst Canada Ltée:*

Kevin Skilton, directeur, Politique et planification

Terrance Montague, directeur, Politique en matière de santé

*Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*

Ann Gagnon, conseillère sur la santé

Yolande Richer, vice-présidente, Communications

Myroslaw Smereka, directeur général

## **Lundi 5 novembre 2001**

*Ministère de la Santé et des services communautaires, Terre-Neuve:*

Robert C. Thompson, sous-ministre

Beverly Clarke, sous-ministre adjointe

Catherine Donovan

*Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:*

Mme Patricia Pilgrim, présidente, Région de St. John's

Mme Bernice Blake Dibblee, directrice exécutive, Région de St. John's

*Association des infirmières et infirmiers diplômés de Terre-Neuve et du Labrador:*

Mme Sharon Smith, présidente



*Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve:*  
M. Wayne Lucas, président

*À titre personnel:*  
Mme Maud Peach

*Institut national du cancer du Canada:*  
M. Roy West, président

*Weight Watchers:*  
Mme Marlene Bayers, directrice régionale

*Fondation de Terre-Neuve pour le traitement et la recherche sur le cancer:*  
Mme Bertha H. Paulse, présidente-directrice générale

*À titre personnel:*  
Mme Karen McGrath, directrice générale, ministère de la Santé et des services communautaires, Région de St. John's (Terre-Neuve)

## **Mardi 6 novembre 2001**

*Travailleurs canadiens de l'automobile:*  
Cecil Snow, président, Nova Scotia Health Care Council

*Nova Scotia Association of Health Organizations:*  
Robert Cook, président-directeur général

*Bureau d'assurance du Canada:*  
George Anderson, président-directeur général  
Paul Kovacs, premier vice-président des politiques et économiste en chef

*Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance:*  
Mary Lou O'Reilly, directrice générale

*Atlantic Institute for Market Studies:*  
Le Dr David Zitner, professeur associé en matière de politique de santé

*Université Dalhousie:*  
Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique  
Dr Vivek Kusumakar, responsable du groupe de recherche sur les troubles de l'humeur, département de psychiatrie  
Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé  
Dr Thomas Rathwell, professeur et directeur, Faculté des professions de la santé  
Dr Desmond Leddin, chef, Division de la gastro-entérologie  
Dr George Kephart, directeur, Unité de recherche en santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie  
Dr Kenneth Rockwood, Faculté de médecine, Division de la médecine gériatrique

*Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*  
Maxine Barrett

*Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Université Dalhousie:*  
Sharon Batt, présidente

*Feminists for Just and Equitable Public Policy:*  
Georgia MacNeil, présidente

*Cape Breton Regional Health Care Complex:*  
John Malcolm, chef de la direction  
Dr Mahmood Naqvi, directeur médical, installation régionale du Cap-Breton

*Capital District Health Authority:*  
Le Dr John Ruedy, vice-président, Affaires académiques

*Association médicale canadienne:*  
Le Dr Henry Haddad, médecin, président  
Bill Tholl, secrétaire général  
Le Dr Bruce Wright, président, Medical Society of Nova Scotia  
La Dre. Dana W. Hanson, président élu

*Conseil santé communautaire de Cobequid:*  
Ryan Sommers

*Santé Canada:*  
Anne-Marie Léger, analyste des politiques

### **Mercredi 7 novembre 2001**

*Ministère des Sciences et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard:*  
L'honorable Jamie Ballem, M.A.L., ministre

*P.E.I. Seniors Advisory Council:*  
Heather Henry-MacDonald, présidente

*Syndicat canadien de la fonction publique, Division de l'Î.-P.-É.:*  
Bill A. McKinnon, représentant national  
Donalda MacDonald, présidente  
Raymond Léger, responsable de la recherche

*Ministère de la Santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard:*  
Mary Hughes-Power, directrice, Soins intensifs et de longue durée  
Deborah Bradley, gestionnaire, Politique de santé publique  
Dr Don Ling, directeur, Services médicaux  
Rory Francis, sous-ministre  
Bill Harper, sous-ministre adjoint  
Jean Doherty, coordinatrice, Communications  
Susan Maynard, planificatrice principale, Services de santé  
Kathleen Flanagan-Rochon, coordonnatrice, Services communautaires

*Collège des médecins de famille du Canada:*  
Dr Peter MacKean, président du conseil d'administration

*Queen Elizabeth Hospital:*  
Iain Smith, coordonnateur, Utilisation des médicaments

*Prince Edward Island Pharmacy Board:*  
Mme Neila Auld, directrice exécutive

*Queen's Regional Health Authority:*  
Sylvia Poirier, présidente

*West Prince Regional Health Authority:*  
Ken Ezeard, directeur général

*Southern King's Health Authority:*  
Betty Fraser, directrice générale

*Centre de santé communautaire Évangéline:*  
Elise Arsenault, coordinatrice

*East Prince Regional Health Authority:*  
David Riley, directeur général

*Université Dalhousie:*  
Dr Stan Kutcher, chef, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie/psychiatrie

## **Jeudi 8 novembre 2001**

*Faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick:*  
Dre Margaret Dykeman

*Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick:*  
M. Robert Simpson, président-directeur général

*Association canadienne des chaînes de pharmacies:*  
Sherry Porter, représentante pour les Maritimes  
Sandra Aylward, vice-présidente, Services pharmaceutiques

*À titre personnel:*  
Dr Russell King, ancien ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick  
William Morrissey, ancien sous-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick

*Applied Management:*  
Bryan Ferguson, associé

*Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:*  
Daniel Thériault, directeur général

*Association canadienne des Snowbirds:*  
Bob Jackson, président

*Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc.:*  
Helen Ladouceur, membre  
Eileen Malone, membre

*Association catholique canadienne de la santé:*  
Mme Sandra Keon, secrétaire-trésorière et vice-présidente des programmes cliniques de l'hôpital de Pembroke

*Forces policières de Miramichi:*  
Caporal M. Michael Gallagher, Division des drogues  
*Syndicat canadien de la fonction publique, Nouveau-Brunswick:*  
Raymond Léger, représentant de la recherche

*Association nationale des retraités fédéraux:*  
Rex G. Guy, président national  
Roger Heath, agent de recherche et des communications

*Union des Indiens du Nouveau-Brunswick:*  
Nelson Solomon, directeur de la santé  
Wanda Paul Rose, coordonnatrice  
Norville Getty, expert-conseil



*Association des infirmières et infirmiers du Nouveau- Brunswick:*  
Roxanne Tarjan, directrice générale

#### **Jeudi 21 février 2002**

*La Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers:*  
Kathleen Connors, présidente

*Coalition canadienne de la santé:*  
Dr. Arnold Relman, ancien rédacteur en chef, *New England Journal of Medicine*  
Michael McBane, coordonnateur national

*Association nationale des retraités fédéraux:*  
Rex G. Guy, président national  
Roger Heath, agent de recherche et de communications

#### **Jeudi 7 mars 2002**

*Association canadienne des soins de santé :*  
Sharon Sholzberg-Gray présidente directrice générale  
Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques

*Congrès du travail du Canada :*  
Kenneth V. Georgetti, président  
Cindy Wiggins, chercheuse principale, Direction des politiques sociales et économiques



#### **AUTRES MÉMOIRES REÇUS :**

Abell Medical Clinic  
Alberta Centre for Injury Control and Research  
Amgen Canada Inc.  
Association canadienne des Fabricants de Produits Pharmaceutiques  
Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU)  
Association canadienne des médecins résidents  
B.C. Better Care Pharmacare Coalition  
Bruce Bigham  
Brain Injury Association of Nova Scotia  
Canada West Foundation  
Chemical Sensitivities Information Exchange Network Manitoba (CSIENM)  
Coalition canadienne des aidants et aidants naturels  
Comité exécutif de l'Association de comté du Nouveau parti démocratique de Ancaster-Dundas-Flamborough-Aldershot  
Conestoga College (Pat Bower, moniteur de cours)  
Faith Partners (Ottawa)  
Federation of Medical Women in Canada  
Fondation canadienne du rein  
Dr. Michael Gordon, Baycrest Centre for Geriatric Care  
Serena Grant  
Home-based Spiritual Care  
Kids First Parent Association of Canada  
Dr. Lee Kurisko  
Catherine Lindman  
Jim Ludwig  
Dr. Keith Martin

Dr. Ross McElroy  
Dr. Malcom S. McPhee  
Verna Milligan  
Moose Jaw-Thunder Creek District Health Board  
Dr. Earl B. Morris  
Fran Morrison  
John Neilson  
Ontario Psychological Association  
Roy L. Piepenburg (Liberation Consulting)  
Red Deer Network in Support of Medicare  
Réseau et centre Cochrane canadien  
Dr. Robert S. Russell  
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada  
Stratégie nationale de lutte contre le cancer  
Christa Streicher  
Elaine Tostevin







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5



Available from:  
PWGSC – Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

Disponible auprès des:  
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

---

*Standing Senate Committee on*

## **Social Affairs, Science and Technology**

*Chairman:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

### **INDEX**

OF PROCEEDINGS

*(Issues Nos. 1 to 27 inclusive)*

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

---

*Comité sénatorial permanent des*

## **Affaires sociales, des sciences et de la technologie**

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

### **INDEX**

DES DÉLIBÉRATIONS

*(Fascicules n<sup>os</sup> 1 à 27 inclusivement)*



Prepared by

Ariane Bissonnette

Compilé par

Ariane Bissonnette

Information and Documentation Resource Service.

**LIBRARY OF PARLIAMENT**

Service de ressources d'information et de documentation.

**BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**



## SENATE OF CANADA

Social Affairs, Science and Technology,  
Standing Senate Committee  
2nd Session, 37th Parliament, 2002-03

### INDEX

(Issues 1-27 inclusive)

Numbers in bold refer to the issue number.

**R:** Issue number followed by **R** refers to the report contained within that issue.

### COMMITTEE

#### Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee

##### Motions and agreements

Bill C-8, **8**:5,19-20

Bill C-11, **8**:5

Bill C-12, clause-by-clause consideration, reporting, **5**:3-4,26-8

Bill C-37, dispensation with clause-by-clause consideration, reporting, **26**:4,13

Bill C-50, **26**:5,21-2

Bill S-3, dispensation with clause-by-clause consideration, reporting, **25**:4-5,28-9

Bill S-7, dispensation with clause by clause consideration, reporting, **19**:5,32

Bill S-13, **10**:4,32-6; **12**:3,29-33

Budget, **5**:4,40-1; **11**:4-5,73; **16**:4,77; **19**:5,26-7; **20**:4

Fact-finding meeting of September 24, 2003, transcripts, tabling, **26**:5,22

Order of reference, adoption: to examine and report on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease, **17**:3-4

Organization meeting, **1**:3-5,13-7

Permission to sit, **19**:5,27

Public health system, tabling of James Hughes' statement, authorization to approve final report, **24**:3,23-4

*Santé en français*, draft report, adoption and authorization to approve final version, **8**:5-6

Senator Morin, request to take the chair, **7**:3-5

Witnesses to remain anonymous and only their first names used during the meeting, **9**:4

##### Orders of reference

Bill C-8, **3**:3

Bill C-11, **8**:3

Bill C-12, **3**:3

Bill C-37, **26**:3

Bill C-50, **26**:3

Bill S-3, **25**:3

Bill S-7, **19**:3

Bill S-13, **10**:3

Health care system, **9**:3

Public health system, infrastructure and governance, **20**:3

*Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français (French-Language Healthcare - Improving Access to French-Language Health Services)*, **8**:3

Procedure, **5**:28-9; **9**:5-6; **19**:33-4

##### Reports to Senate

Bill C-8, without amendment but with observations, **8**:7-9

Bill C-11, without amendment, **8**:7

Bill C-12, without amendment, **5**:5

Bill C-37, without amendment, **26**:6

Bill C-50, without amendment but with observations, **26**:6-7

Bill S-3, without amendment, **25**:6

Bill S-7, without amendment, **19**:6

Bill S-13, without amendment, **12**:4

Budget, **1**:7-9,12; **22**:5-7,10

## SÉNAT DU CANADA

Affaires sociales, sciences et technologie,  
Comité sénatorial permanent  
2<sup>e</sup> session, 37<sup>e</sup> législature, 2002-2003

### INDEX

(Fascicules 1-27 inclusivement)

Les numéros en caractères gras indiquent les fascicules.

**R:** Le numéro de fascicule suivi d'un **R** réfère au rapport contenu dans ce fascicule.

### COMITÉ

#### Affaires sociales, sciences et technologie, Comité sénatorial permanent

##### Motions et conventions

Budget, **5**:4,40-1; **11**:4-5,73; **16**:4,77; **19**:5,26-7; **20**:4

Ordre de renvoi, adoption: examiner et faire rapport de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique au Canada, ainsi que de la capacité du Canada de répondre aux situations d'urgence relatives à la santé publique découlant de poussées épidémiques de maladies infectieuses, **17**:3-4

Permission de siéger, **19**:5,27

Projet de loi C-8, **8**:5,19-20

Projet de loi C-11, **8**:5

Projet de loi C-12, étude article par article, rapport, **5**:3-4,26-8

Projet de loi C-37, dispensation de l'étude article par article, rapport **26**:4,13

Projet de loi C-50, **26**:5,21-2

Projet de loi S-3, dispensation de l'étude article par article, rapport, **25**:4-5,28-9

Projet de loi S-7, dispensation de l'étude article par article, rapport **19**:5,32

Projet de loi S-13, **10**:4,32-6; **12**:3,29-33

Réunion d'information du 24 septembre 2003, délibérations, transcription, déposition, **26**:5,22

Réunion d'organisation, **1**:3-5,13-7

*Santé en français*, projet de rapport, adoption et autorisation à approuver la version finale, **8**:5-6

Santé publique, système, dépôt de la déclaration de James Hughes, autorisation d'approuver le rapport final, **24**:3,23-4

Sénateur Morin, demande de présider, **7**:3-5

Témoins demeureront anonymes et seuls leurs prénoms seront employés pendant la réunion, **9**:4

##### Ordres de renvoi

Projet de loi C-8, **3**:3

Projet de loi C-11, **8**:3

Projet de loi C-12, **3**:3

Projet de loi C-37, **26**:3

Projet de loi C-50, **26**:3

Projet de loi S-3, **25**:3

Projet de loi S-7, **19**:3

Projet de loi S-13, **10**:3

Santé, système, **9**:3

*Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, **8**:3

Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:3

Procédure, **5**:28-9; **9**:5-6; **19**:33-4

##### Rapports au Sénat

Budget, **1**:7,10-2; **22**:5,8-10

Dépenses faites au cours de la première session de la trente-septième législature, **1**:6

Projet de loi C-8, sans amendement mais avec observations, **8**:7-9

Projet de loi C-11, sans amendement, **8**:7

Projet de loi C-12, sans amendement, **5**:5

Projet de loi C-37, sans amendement, **26**:6

Projet de loi C-50, sans amendement mais avec observations, **26**:6-7

Reports to Senate – *Cont'd*

- Expenses incurred during the First Session of the Thirty-seventh Parliament, **1:6**  
*Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume Six. Recommendations for Reform*, **2:3**  
*Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act*, **26:6**  
 Report on the document entitled: *Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français (French-Language Healthcare - Improving Access to French-Language Health Services)*, **8:9**

## SENATORS

**Callbeck, Hon. Catherine S.**

- Bill C-8, **3:57-8; 7:13-4,20-2; 8:19-20**  
 Bill C-11, **8:13-4,23-4**  
 Bill C-12, **4:9,23-4,34**  
 Bill C-37, **26:11**  
 Bill C-50, **26:19-22**  
 Bill S-3, **25:13-4,22,28**  
 Bill S-7, **19:14,17-8**  
 Health care system, **9:37; 11:21-3; 15:21-2; 17:65-6**  
 Public health system, infrastructure and governance, **20:20,34-5,65; 21:33-4; 22:33-4; 23:29-31; 24:18-9; 26:25,40-1**

**Cook, Hon. Joan**

- Bill C-8, **6:23-4; 7:14,20-1,27,40**  
 Bill C-12, **3:21-3; 5:25-6**  
 Bill S-3, **25:28**  
 Bill S-13, **12:32**  
 Health care system, **9:32-3; 11:39-40; 13:22,72-4; 14:34,59-63,120-3; 15:36-8; 17:28,33,56-7,66-7; 18:26,29**  
 Public health system, infrastructure and governance, **20:40,59-61; 21:36; 23:34-7; 26:46-9**

**Cordy, Hon. Jane Marie, Acting Chairman of the Committee (Issue 17)**

- Bill C-8, **6:20-2**  
 Bill C-12, **3:15-7,29; 5:15-7**  
 Bill C-50, **26:18,22**  
 Bill S-3, **25:14-5**  
 Bill S-7, **19:12-6,32**  
 Bill S-13, **10:18-20,35-6; 12:24,31-2**  
 Budget, **5:41; 11:73**  
 Committee, procedure, **5:29**  
 Health care system, **5:29; 9:28-31; 11:23-4,68-9; 13:25-7,58-9,66-9; 14:35-8,55-9,97-9; 15:27-30; 17:23,57**  
 Public health system, authorization to approve final report, **24:24**  
 Public health system, infrastructure and governance, **20:35-7; 22:34-5; 23:13-4,31,49-50; 24:12-5**

**Fairbairn, Hon. Joyce**

- Bill C-8, **6:18-20**  
 Bill C-12, **3:18-9,30; 5:17-9**  
 Bill C-50, **26:21**  
 Bill S-3, **25:12-3,23-4**  
 Budget, **11:73; 16:77**  
 Health care system, **11:25-7,65-7; 13:28-30,65-6,69; 15:18-20; 16:24-7,67-70; 17:36-8**  
 Public health system, authorization to approve final report, **24:24**  
 Public health system, infrastructure and governance, **23:44,52; 24:16-7,21**

**Fraser, Hon. Joan**

- Bill S-13, **12:31**

**Gauthier, Hon. Jean-Robert**

- Bill C-12, **4:12-9,24-7,33-5; 5:13-5**

**Gustafson, Hon. Leonard J.**

- Bill C-8, **5:39-40**

Rapports au Sénat -*Suite*

- Projet de loi S-3, sans amendement, **25:6**  
 Projet de loi S-7, sans amendement, **19:6**  
 Projet de loi S-13, sans amendement, **12:4**  
 Rapport sur le document intitulé: *Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, **8:9**  
*Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada: le temps d'agir*, **26:6**  
*Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume six. Recommandations en vue d'une réforme*, **2:3**

## SÉNATEURS

**Callbeck, honorable Catherine S.**

- Projet de loi C-8, **3:57-8; 7:13-4,20-2; 8:19-20**  
 Projet de loi C-11, **8:13-4,23-4**  
 Projet de loi C-12, **4:9,23-4,34**  
 Projet de loi C-37, **26:11**  
 Projet de loi C-50, **26:19-22**  
 Projet de loi S-3, **25:13-4,22,28**  
 Projet de loi S-7, **19:14,17-8**  
 Santé, système, **9:37; 11:21-3; 15:21-2; 17:65-6**  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20:20,34-5,65; 21:33-4; 22:33-4; 23:29-31; 24:18-9; 26:25,40-1**

**Cook, honorable Joan**

- Projet de loi C-8, **6:23-4; 7:14,20-1,27,40**  
 Projet de loi C-12, **3:21-3; 5:25-6**  
 Projet de loi S-3, **25:28**  
 Projet de loi S-13, **12:32**  
 Santé, système, **9:32-3; 11:39-40; 13:22,72-4; 14:34,59-63,120-3; 15:36-8; 17:28,33,56-7,66-7; 18:26,29**  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20:40,59-61; 21:36; 23:34-7; 26:46-9**

**Cordy, honorable Jane Marie, président suppléant du Comité (fascicule 17)**

- Budget, **5:40-1; 11:73**  
 Comité, procédure, **5:29**  
 Projet de loi C-8, **6:20-2**  
 Projet de loi C-12, **3:15-7,29; 5:15-7**  
 Projet de loi C-50, **26:18,22**  
 Projet de loi S-3, **25:14-5**  
 Projet de loi S-7, **19:12-6,32**  
 Projet de loi S-13, **10:18-20,35-6; 12:24,31-2**  
 Santé, système, **5:29; 9:28-31; 11:23-4,68-9; 13:25-7,58-9,66-9; 14:35-8,55-9,97-9; 15:27-30; 17:23,57**  
 Santé publique, système, autorisation d'approuver le rapport final **24:24**  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20:35-7; 22:34-5; 23:13-4,31,49-50; 24:12-5**

**Fairbairn, honorable Joyce**

- Budget, **11:73; 16:77**  
 Projet de loi C-8, **6:18-20**  
 Projet de loi C-12, **3:18-9,30; 5:17-9**  
 Projet de loi C-50, **26:21**  
 Projet de loi S-3, **25:12-3,23-4**  
 Santé, système, **11:25-7,65-7; 13:28-30,65-6,69; 15:18-20; 16:24-7,67-70; 17:36-8**  
 Santé publique, système, autorisation d'approuver le rapport final **24:24**  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **23:44,52; 24:16-7,21**

**Fraser, honorable Joan**

- Projet de loi S-13, **12:31**

**Gauthier, honorable Jean-Robert**

- Projet de loi C-12, **4:12-9,24-7,33-5; 5:13-5**

**Gustafson, honorable Leonard J.**

- Projet de loi C-8, **5:39-40**

**Keon, Hon. Wilbert Joseph**

Bill C-8, **3**:40-3,58-9; **6**:31-6; **7**:15-8,23  
 Bill C-12, **5**:24  
 Bill C-37, **26**:12  
 Committee, procedure, **5**:29; **19**:33  
 Health care system, **5**:29; **11**:33-7; **13**:22-3; **14**:16-7,57,63,86-91,  
 125-6,129; **15**:31-6; **16**:33,36-7,70-3,76; **17**:38-9,57-9  
 Public health system, infrastructure and governance, **20**:17-9,28;  
**22**:26,29,53-6; **23**:12,31-2,47

**Kinsella, Hon. Noel A.**

Bill C-12, **4**:10-1,16-9  
 Bill S-13, **12**:17-9,28-30  
 Health care system, **9**:34-6; **13**:59-62

**Kirby, Hon. Michael, Chairman of the Committee**

Bill C-8, **5**:34,40; **8**:19-20  
 Bill C-11, **8**:18-9,22-5,30-1  
 Bill C-12, **5**:26-8  
 Bill C-37, **26**:12-3  
 Bill S-3, **25**:7,22-4,27-9  
 Bill S-7, **19**:12-3,26,30-4  
 Bill S-13, **10**:11-5,20,29-36  
 Budget, **5**:40-1; **16**:77; **19**:26-7  
 Committee, procedure, **5**:28-9; **9**:5-6; **19**:33-4  
 Health care system, **5**:28-9; **9**:18,28,32-6,39-40; **13**:13,17-21,33-5,  
 62-3,66-9; **14**:15-6,31-2,38,44,48-52,57,61-2,71-3,78,85-6,  
 96-7,108,111,119,129; **16**:12,16,25-7,31-5,49,59-65,68-76;  
**17**:53-6,67-8; **18**:16-9,23,32-3,37-9  
 Organization meeting, **1**:13-7  
 Permission to sit, **19**:27  
 Public health system, infrastructure and governance, **20**:6-7,10-1,  
 17-26,30-4,38-43; **21**:4,11-6,25,31,37-9; **22**:16,25,37-40,61-3;  
**23**:5-8,15-6,25,49; **24**:4-7,22-3; **26**:23-5,31-49  
 Public health system, tabling of James Hughes' statement,  
 authorization to approve final report, **24**:23-4

**LeBreton, Hon. Marjory, Deputy Chairman of the Committee**

Bill C-8, **3**:44-5,53,59-60; **5**:34-5; **6**:13,22,25,35-6  
 Bill C-12, **3**:13,17-8,27-32; **4**:19,23,33-6; **5**:18-9,22-3,27  
 Bill C-50, **26**:21-2  
 Bill S-13, **10**:35; **12**:9-11,14,21,27,30-3  
 Budget, approval, **11**:73  
 Committee, procedure, **19**:33  
 Health care system, **9**:23-6; **11**:20-2,41,45-7,52,56-7,63-4,72;  
**13**:19-21,62-4; **14**:30-32,48-50,119-20; **15**:19-20,23,27; **17**:19-20,  
 62-3  
 Organization meeting, **1**:16-7  
 Permission to sit, **19**:27  
 Public health system, authorization to approve final report, **24**:23-4  
 Public health system, infrastructure and governance, **20**:28-30,47,  
 52-3,56-8,62-7; **21**:25-8; **22**:28-9,46-7; **23**:10-2,23-4,46; **24**:7-9;  
**26**:31-3  
 Senator Morin, request to take the chair, **7**:5

**Léger, Hon. Viola**

Bill C-8, **3**:45-6; **5**:40  
 Bill C-11, **8**:18-9,22-3,29-30  
 Bill C-12, **3**:19-21,30-2; **4**:17-8,27-8,33; **5**:23  
 Bill S-13, **10**:32; **12**:19-20,32  
 Health care system, **9**:39; **11**:70-2; **13**:34-6,74; **16**:42-3,74-5; **17**:33-6;  
**18**:33-6  
 Public health system, infrastructure and governance, **20**:38-9; **22**:36-7;  
**23**:51

**Losier-Cool, Hon. Rose-Marie**

Bill C-11, **8**:24

**Mahovlich, Hon. Francis William**

Bill C-12, **4**:28; **5**:13,21-2

**Milne, Hon. Lorna**

Bill S-13, **10**:20-1,30-1,35; **12**:11-6,21,32

**Keon, honorable Wilbert Joseph**

Comité, procédure, **5**:29; **19**:33  
 Projet de loi C-8, **3**:40-3,58-9; **6**:31-6; **7**:15-8,23  
 Projet de loi C-12, **5**:24  
 Projet de loi C-37, **26**:12  
 Santé, système, **5**:29; **11**:33-7; **13**:22-3; **14**:16-7,57,63,86-91,  
 125-6,129; **15**:31-6; **16**:33,36-7,70-3,76; **17**:38-9,57-9  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:17-9,28;  
**22**:26-9,53-6; **23**:12,31-2,47

**Kinsella, honorable Noel A.**

Projet de loi C-12, **4**:10-1,16-9  
 Projet de loi S-13, **12**:17-9,28-30  
 Santé, système, **9**:34-6; **13**:59-62

**Kirby, honorable Michael, président du Comité**

Budget, **5**:40-1; **16**:77; **19**:26-7  
 Comité, procédure, **5**:28-9; **9**:5-6; **19**:33-4  
 Permission de siéger, **19**:27  
 Projet de loi C-8, **5**:34,40; **8**:19-20  
 Projet de loi C-11, **8**:18-9,22-5,30-1  
 Projet de loi C-12, **5**:26-8  
 Projet de loi C-37, **26**:12-3  
 Projet de loi S-3, **25**:7,22-4,27-9  
 Projet de loi S-7, **19**:12-3,26,30-4  
 Projet de loi S-13, **10**:11-5,20,29-36  
 Réunion d'organisation, **1**:13-7  
 Santé, système, **5**:28-9; **9**:18,28,32-6,39-40; **13**:13,17-21,33-5,62-3,  
 66-9; **14**:15-6,31-2,38,44,48-52,57,61-2,71-3,78,85-6,  
 96-7,108,111,119,129; **16**:12,16,25-7,31-5,49,59-65,68-76;  
**17**:53-6,67-8; **18**:16-9,23,32-3,37-9  
 Santé publique, système, dépôt de la déclaration de James Hughes,  
 autorisation d'approuver le rapport final, **24**:23-4  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:6-7,10-1,  
 17-26,30-4,38-43; **21**:4,11-6,25,31,37-9; **22**:16,25,37-40,61-3;  
**23**:5-8,15-6,25,49; **24**:4-7,22-3; **26**:23-5,31-49

**LeBreton, honorable Marjory, vice-président du Comité**

Budget, approbation, **11**:73  
 Comité, procédure, **19**:33  
 Permission de siéger, **19**:27  
 Projet de loi C-8, **3**:44-5,53,59-60; **5**:34-5; **6**:13,22,25,35-6  
 Projet de loi C-12, **3**:13,17-8,27-32; **4**:19,23,33-6; **5**:18-9,22-3,27  
 Projet de loi C-50, **26**:21-2  
 Projet de loi S-13, **10**:35; **12**:9-11,14,21,27,30-3  
 Réunion d'organisation, **1**:16-7  
 Santé, système, **9**:23-6; **11**:20-2,41,45-7,52,56-7,63-4,72; **13**:19-21,  
 62-4; **14**:30-32,48-50,119-20; **15**:19-20,23,27; **17**:19-20,62-3  
 Santé publique, système, autorisation d'approuver le rapport final,  
**24**:23-4  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:28-30,47,  
 52-3,56-8,62-7; **21**:25-8; **22**:28-9,46-7; **23**:10-2,23-4,46; **24**:7-9;  
**26**:31-3  
 Sénateur Morin, demande de présider, **7**:5

**Léger, honorable Viola**

Projet de loi C-8, **3**:45-6; **5**:40  
 Projet de loi C-11, **8**:18-9,22-3,29-30  
 Projet de loi C-12, **3**:19-21,30-2; **4**:17-8,27-8,33; **5**:23  
 Projet de loi S-13, **10**:32; **12**:19-20,32  
 Santé, système, **9**:39; **11**:70-2; **13**:34-6,74; **16**:42-3,74-5; **17**:33-6;  
**18**:33-6  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:38-9;  
**22**:36-7; **23**:51

**Losier-Cool, honorable Rose-Marie**

Projet de loi C-11, **8**:24

**Mahovlich, honorable Francis William**

Projet de loi C-12, **4**:28; **5**:13,21-2

**Milne, honorable Lorna**

Projet de loi S-13, **10**:20-1,30-1,35; **12**:11-6,21,32



**Morin, Hon. Yves, Acting Chairman of the Committee (Issue 7)**

Bill C-8, 3:37-41,45,53-7; 5:35-40; 6:14-8,22-3,36; 7:13-27,31-5, 38-41; 8:20  
 Bill C-12, 3:13-5  
 Bill S-7, 19:18,32  
 Bill S-13, 10:21-2,30-5; 12:7-11,15-6,23,30  
 Budget, authorization to present request, 19:27  
 Committee, procedure, 5:29; 19:33  
 Health care system, 5:29; 9:26-7,31; 11:19,28-30,47,51-2,57,60-4; 13:56-7; 14:21-6,36,52-8,92-4,100-1,129-30; 16:27-8,37,42,48, 59-66,69-72,76; 17:22-3,67; 18:18,23-4  
 Organization meeting, 1:13-7  
 Public health system, infrastructure and governance, 20:21-4,27,35,40,53-7,62-5; 21:13-5,27-31,34-5,39; 22:21-6,38,48-51,56-7,60-3; 23:8-9,25-7; 26:27,31,35-9, 43,48-9

**Murray, Hon. Lowell**

Bill C-12, 3:9-13,16-7; 5:10-3,26-8  
 Bill S-13, 10:12-8,22,29-30,33-4; 12:12-5,22-3,27-32

**Pépin, Hon. Lucie**

Health care system, 13:24-5,36-8; 14:12-6,20,59,65,99-102,122-4

**Robertson, Hon. Brenda**

Bill C-37, 26:11  
 Bill C-50, 26:20-1  
 Bill S-3, 25:28  
 Bill S-7, 19:18  
 Health care system, 13:30-3,70; 14:28-9,51-2,103-4; 16:64-5,71; 18:29,32  
 Public health system, infrastructure and governance, 24:10-2; 26:43-5,48

**Roche, Hon. Douglas James**

Bill C-8, 6:24-5,33-5  
 Bill C-12, 5:19-21,26-7  
 Bill C-50, 26:21  
 Bill S-7, 19:19  
 Bill S-13, 10:22-3,34-5; 12:16-7,27-31  
 Committee, procedure, 5:28  
 Health care system, 5:28; 9:33; 15:23-7; 16:29-32,41; 17:30-2; 18:21-2,37  
 Public health system, infrastructure and governance, 20:61-4; 22:16-20,57-61; 23:39-41; 24:20-1

**Trenholme Counsell, Hon. Marilyn**

Bill C-37, 26:13  
 Public health system, infrastructure and governance, 20:21,42; 22:29-33,51-3; 23:48-9; 26:47-8

**Morin, honorable Yves, président suppléant du Comité (fascicule 7)**

Budget, autorisation de présenter une demande, 19:27  
 Comité, procédure, 5:29; 19:33  
 Projet de loi C-8, 3:37-41,45,53-7; 5:35-40; 6:14-8,22-3,36; 7:13-27,31-5,38-41; 8:20  
 Projet de loi C-12, 3:13-5  
 Projet de loi S-7, 19:18,32  
 Projet de loi S-13, 10:21-2,30-5; 12:7-11,15-6,23,30  
 Réunion d'organisation, 1:13-7  
 Santé, système, 5:29; 9:26-7,31; 11:19,28-30,47,51-2,57,60-4; 13:56-7; 14:21-6,36,52-8,92-4,100-1,129-30; 16:27-8,37,42,48,59-66, 69-72,76; 17:22-3,67; 18:18,23-4  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 20:21-4,27,35,40,53-7,62-5; 21:13-5,27-31,34-5,39; 22:21-6,38, 48-51,56-7,60-3; 23:8-9,25-7; 26:27,31,35-9,43,48-9

**Murray, honorable Lowell**

Projet de loi C-12, 3:9-13,16-7; 5:10-3,26-8  
 Projet de loi S-13, 10:12-8,22,29-30,33-4; 12:12-5,22-3,27-32

**Pépin, honorable Lucie**

Santé, système, 13:24-5,36-8; 14:12-6,20,59,65,99-102,122-4

**Robertson, honorable Brenda**

Projet de loi C-37, 26:11  
 Projet de loi C-50, 26:20-1  
 Projet de loi S-3, 25:28  
 Projet de loi S-7, 19:18  
 Santé, système, 13:30-3,70; 14:28-9,51-2,103-4; 16:64-5,71; 18:29,32  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 24:10-2; 26:43-5,48

**Roche, honorable Douglas James**

Comité, procédure, 5:28  
 Projet de loi C-8, 6:24-5,33-5  
 Projet de loi C-12, 5:19-21,26-7  
 Projet de loi C-50, 26:21  
 Projet de loi S-7, 19:19  
 Projet de loi S-13, 10:22-3,34-5; 12:16-7,27-31  
 Santé, système, 5:28; 9:33; 15:23-7; 16:29-32,41; 17:30-2; 8:21-2,37  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 20:61-4; 22:16-20,57-61; 23:39-41; 24:20-1

**Trenholme Counsell, honorable Marilyn**

Projet de loi C-37, 26:13  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 20:21,42; 22:29-33,51-3; 23:48-9; 26:47-8

**SUBJECTS****Bill C-8 – Pest Control Products Act**

Discussion, 3:32-60; 5:29-41; 6:4-36; 7:5-41; 8:19-20

**Bill C-11 – Act to amend the Copyright Act**

Discussion, 8:10-31

**Bill C-12 – Physical Activity and Sport Act**

Discussion, 3:6-32; 4:5-36; 5:6-28

**Bill C-37 – Act to amend the Canadian Forces Superannuation Act and to make consequential amendments to other Acts**

Discussion, 26:8-13

**Bill C-50 – Act to amend the statute law in respect of benefits for veterans and the children of deceased veterans**

Discussion, 26:13-22

**Bill S-3 – Act to amend the National Anthem Act to include all Canadians**

Discussion, 25:7-29

**SUJETS****Activité physique et sport, encouragement**

Centre de règlement des différends sportifs, création, 3:8-11,15-6,28  
 Accès à l'information, Loi et Protection des renseignements personnels, Loi, application, 5:25-6  
 Conseil d'administration, 3:17-8,28-9; 4:9-10,23; 5:19  
 Dissolution, 3:13; 5:11,14,19-20  
 Évaluation, 3:21-2  
 Financement, personnel, 3:11,22-3; 4:14; 5:19  
 Indépendance et responsabilité, 3:11-2,16-7,25-6,29; 5:8-14  
 Langues officielles, Loi, application, 3:12; 4:8,13-9,27-8; 5:9-13  
 Mandat et pouvoirs, 4:17; 5:16-7,21-2  
 Règlements administratifs, 3:21-2  
 Sport Canada, rôle, 3:24-5  
 Coalition pour la vie active, position, préoccupations, recommandations, 4:29-36  
 Compétence ministérielle, 3:24; 4:12,26-7,31-2  
 Équipes de sport professionnel, subvention, 3:9-10  
 Législation  
 But, 3:13-5,18-21,27-32; 4:30-3; 5:6-8,13-9,22-3  
 Consultation, 3:29-30  
 Grandes lignes, 3:7-9  
 Langues officielles, Loi, application, 4:5-13,17-9; 5:15

**Bill S-7 – Heritage Lighthouse Protection Act**  
Discussion, **19**:7-34

**Bill S-13 – Act to amend the Statistics Act**  
Discussion, **10**:6-36; **12**:5-33

### Canadian Forces

Pension benefit scheme, **26**:8-13  
Advisory committee, **26**:10-1  
Veterans  
Attendance Allowance Program, **26**:17-8  
Children, Education Assistance Program, reinstatement, **26**:14-8  
Prisoners of war (POWs), compensation, **26**:16-21  
Veteran, definition, **26**:17-8  
Veterans Independence Program (VIP), **26**:19-20

### Census, historical records, access

Confidentiality, **10**:6-22,26-7,32-5; **12**:5-10,13-29  
Consent, **10**:16-20,24-36; **12**:10-3  
Indexing, implications, **10**:20-1  
Position, concerns, recommendations, **10**:11-2  
Archivists and historians, **10**:26-9  
Canada Census Committee, **10**:24-6  
National Archives of Canada, **10**:6-8  
Office of the Information Commissioner of Canada, **10**:10-1,22-3  
Office of the Privacy Commissioner of Canada, **12**:5-7  
Statistics Canada, **10**:8-10; **12**:25-7

### Health care system, federal role, principles and recommendations for reform

Accountability, need for annual report  
Committee, proposal, **2R**:17-20  
Governance, need for national health care commissioner, **2R**:11-3  
Canadian Medical Association (CMA), proposal, **2R**:13-4  
Proposals, **2R**:14-6  
Key points from Volumes One through Five, summary  
Current system not fiscally sustainable, **2R**:8-10  
Federal health care policy, objectives, **2R**:6-8  
Federal role, **2R**:5-6  
National health care guarantee, need, **2R**:10-1,97-121  
Canada Health Act, principles, **2R**:307-8  
Accessibility, **2R**:313-5  
Committee, commentary, **2R**:319-20  
Comprehensiveness, **2R**:309-12  
Portability, **2R**:315-6  
Public administration, **2R**:316-9  
Universality, **2R**:308-9  
Capacity and infrastructure  
Federal role  
Electronic health records (EHR), **2R**:175-7  
Health care technology, **2R**:171-5  
Personal health information, protection, **2R**:179-83  
Quality, performance and outcomes, evaluation, **2R**:177-9  
Human resources  
Allied health professionals, **2R**:197-8  
Committee, commentary, **2R**:199-200  
International medical graduates (IMGs), **2R**:193-4  
National strategy, need, **2R**:188-91  
Nurses, shortage, **2R**:194-7  
Physicians trained in Canada, number, **2R**:191-3  
Post-graduate training, funding, **2R**:198  
Scope of practice rules, review, **2R**:198-9  
Shortages, extent, **2R**:185-8  
Human resources, planification  
National strategy for attaining self-sufficiency, **27R**:127-32  
Brain drain, **27R**:134-5  
Health care professionals, shortages, **27R**:127-9  
Health care providers from Canada's Aboriginal peoples, **27R**:132-4  
Need, **27R**:136-41  
Primary care, reform, **27R**:141-2  
Inter-disciplinary education, **27R**:146-7  
Model, **27R**:147-51  
Support, **27R**:142-6

### Activité physique et sport, encouragement –*Suite*

Public, sensibilisation et éducation, **4**:33-4; **5**:20-1,24  
Règlement extrajudiciaire des différends pour le sport amateur (ADRsportRED), **4**:20-7

### Forces canadiennes

Anciens combattants  
Ancien combattant, définition, **26**:17-8  
Enfants, Programme d'aide à l'éducation, rétablissement, **26**:14-8  
Prisonniers de guerre, indemnités, **26**:16-21  
Programme d'allocations pour soins, **26**:17-8  
Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC), **26**:19-20  
Pension, régime de prestations, **26**:8-13  
Comité consultatif, **26**:10-1

### Hymne national

Historique, survol, **25**:20-2  
Version anglaise, modification  
Historique, **25**:7-14  
Opinions et préoccupations, **25**:9-28  
Raisons, **25**:7-8

### Phares patrimoniaux

Protection  
Cession, **19**:12-3  
Désignation, **19**:13-5,18-21,32  
Entretien, **19**:15-6  
États-Unis, **19**:27-8  
Législation, description, objet et application, **19**:7-12  
Observations et inquiétudes, **19**:21-31  
Patrimoine canadien, ministère, projet «Les endroits historiques», **19**:21-2  
Phares actuellement désignés bâtiments patrimoniaux, statut, **19**:17-8

### Produits antiparasitaires, réglementation

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA)  
Commissaire à l'environnement, critiques, **3**:39-40  
Consultation publique, **3**:34-5,43-4,49,58-60; **5**:31; **6**:29  
Examen, délais, recueil de données, **3**:33-4,38-41,48-9,53-5; **5**:31-3  
Mandat, **3**:36-7; **5**:32; **6**:11,29-30  
Pesticides, industrie, pression, **3**:45-6  
Rapport annuel, **3**:58; **5**:33  
Usagers, frais imposés, **3**:37-8,53-5; **5**:35-8  
Communication et éducation, **3**:49-50,59; **5**:34; **6**:27-8; **7**:35-41  
Consultation publique, participation, droit de savoir, accès à l'information, **5**:33-4; **6**:12,15,30-1; **7**:7-11,21-3  
Effets néfastes, banque de données, **3**:35; **6**:12,22-3; **7**:6,9-10,18-20  
Enfants  
Effets sur la santé, **6**:5-8,13-20  
Facteur de sécurité **10**, **3**:34; **6**:8-9,15-8,23-4,31; **7**:6,20-1,27-35  
États-Unis, harmonisation, **3**:57-8; **5**:32,38-9; **7**:32-3  
Exportation, contrôles, **3**:44-5  
Homologation, conditions, **3**:35; **5**:33,37-8  
Ventes, données, **6**:21-2; **7**:7,14-5  
Position, préoccupations, recommandations  
Agriculteurs, **5**:29-40  
Association canadienne de produits de consommation spécialisés (ACPCS), CropLife Canada, Conseil canadien pour la lutte antiparasitaire en milieu urbain, **3**:46-57  
Association canadienne du droit de l'environnement, **6**:10-2,15,23-5  
Fédération canadienne des femmes diplômées des universités, **6**:25-8,33-6  
Médecins, **6**:7-8  
World Wildlife Fund Canada, **6**:28-31  
Prudence, principe, application, **3**:36,42-3; **6**:14-6; **7**:6,9-10,15-6,24-7,31  
Recherche, **7**:6-7  
Indépendance, **6**:26-7,31-6  
Réévaluation et examen spécial, **3**:35-6; **5**:31,36-9; **7**:6,13-4  
Utilisation  
Agriculture, **6**:18-9  
Autres pays, **3**:41-4; **5**:34-5; **7**:7-9,16-8  
Pesticides non essentiels ou esthétiques, **6**:11-2,15-7,20-1,26-8; **7**:5-13,18,38-9



## Health care system, federal role, principles and recommendations for Reform – *Cont'd*

### Capacity and infrastructure – *Cont'd*

Research, **2R**:201-2; **27R**:91-2

Ethics, standards, application, **2R**:221-2; **27R**:110-1

Animals, **2R**:227-9; **27R**:116-8

Conflict of interest, **2R**:235-6; **27R**:123-5

Genetic privacy, **2R**:234-5; **27R**:123

Human subjects, **2R**:222-7; **27R**:111-6

Personal health information, privacy, **2R**:229-34; **27R**:118-23

Funding, **2R**:208-9; **27R**:97-8

Federal funding, **2R**:209-12; **27R**:98-100

Federal in-house health research, **2R**:212-3; **27R**:100-2

Health services and health care delivery, quality, enhancement, **2R**:213-5; **27R**:102-4

Leadership, **2R**:202-5; **27R**:92-5

Outcomes, commercialization, **2R**:217-21; **27R**:106-10

Scientific revolution, **2R**:205-8; **27R**:95-7

Vulnerable populations, health status, improvement, **2R**:215-7; **27R**:104-6

### Efficiency measures

Hospitals, restructuring and funding, **2R**:25-6

Academic Health Sciences Centres (AHSCs) and teaching hospitals, **2R**:46-8

Capital needs, financing, **2R**:50-3

Funding methods, advantages and disadvantages, line-by-line, ministerial discretion, population-based, global budget, policy-based, facility-based, project-based, service-based, **2R**:27-33

Public versus private health care institutions, **2R**:53-8

### Service-based funding

International experience, review, United States, United Kingdom, France, Denmark, Norway, Comité Bédard, **2R**:33-6

Rationale, appropriateness of service mix, over-servicing and up-coding, rates, information and data, innovation, comprehensive health care, escalation of costs, lack of simplicity, **2R**:36-44

Committee, commentary, **2R**:44-5

Small and rural community hospitals, **2R**:48-50

### Primary health care, reform

Barriers, **2R**:86-90

Federal role, **2R**:90-2

Great Britain, **2R**:93-4

Need, **2R**:77-80

### Provinces

New Brunswick, **2R**:85-6

Ontario Family Health Network (OFHN), **2R**:81-4

Quebec, **2R**:85

Recent reports, **2R**:80-1,95-6

Regional health authorities (RHAs), responsibility, devolution, **2R**:63-4,69

Barriers, **2R**:67-9

Committee, commentary, **2R**:74-5

Goals and achievements, **2R**:66-7

Internal markets, potential, **2R**:70-3

Portrait, **2R**:64-6

### Fundamental realities, **27R**:5-6

Fiscal sustainability, **27R**:6-12

Incentives, need, **27R**:14-20

Restructuring and financing, principles, **27R**:20-2

Restructuring and renewal, federal role, **27R**:12-4

### Health care guarantee

#### Canadian experience

Cardiac Care Network of Ontario (CCN), **2R**:111

Western Canada Waiting List Project (WCWL), **2R**:111-3

Committee, recommendations and thoughts, **2R**:116-21

International experience, **2R**:113

Denmark, **2R**:114-6

Sweden, **2R**:113-4

Not-implementing, potential consequences, **2R**:119-20

Timely access, **2R**:99-100

Committee, commentary, **2R**:108

Publicly insured health services, availability outside the publicly funded health care system, **2R**:101-2

Right to health care, public perception or legal right, **2R**:100-1

Timely health care and Section 7, *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, **2R**:102-7

## Projet de loi C-8 – Loi sur les produits antiparasitaires

Discussion, **3**:32-60; **5**:29-41; **6**:4-36; **7**:5-41; **8**:19-20

## Projet de loi C-11 – Loi modifiant la Loi sur le droit d'auteur

Discussion, **8**:10-31

## Projet de loi C-12 – Loi sur l'activité physique et le sport

Discussion, **3**:6-32; **4**:5-36; **5**:6-28

## Projet de loi C-37 – Loi modifiant la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes et d'autres lois en conséquence

Discussion, **26**:8-13

## Projet de loi C-50 – Loi modifiant la législation relative aux avantages pour les anciens combattants et les enfants des anciens combattants décédés

Discussion, **26**:13-22

## Projet de loi S-3 – Loi modifiant la Loi sur l'hymne national afin d'englober tous les Canadiens et Canadiennes

Discussion, **25**:7-29

## Projet de loi S-7 – Loi sur la protection des phares patrimoniaux

Discussion, **19**:7-34

## Projet de loi S-13 – Loi modifiant la Loi sur la statistique

Discussion, **10**:6-36; **12**:5-33

## Rapport sur le document intitulé: *Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français*

Observations et recommandations, **8R**:16-29

Texte, **8R**:i-iv,1-31

## Recensement, relevés historiques, accès

Confidentialité, **10**:6-22,26-7,32-5; **12**:5-10,13-29

Consentement, **10**:16-20,24-36; **12**:10-3

Indexation, implications, **10**:20-1

Position, préoccupations, recommandations, **10**:11-2

Archives nationales du Canada, **10**:6-8

Archivistes et historiens, **10**:26-9

Comité du recensement du Canada, **10**:24-6

Commissariat à la protection de la vie privée au Canada, **12**:5-7

Commissariat à l'information du Canada, **10**:10-1,22-3

Statistique Canada, **10**:8-10; **12**:25-7

## Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada: le temps d'agir

Recommandations, **26R**:63-7

Texte, **26R**:i-iii,1-71

## Retransmission par Internet, obtention d'une licence

Aliant Telecom, implications, **8**:20-5

Historique, **8**:11-5,18

iCraveTV et JumpTV, **8**:13-4

### Position et préoccupations

Association canadienne de télévision par câble (ACTC), **8**:25-7

Media Content Coalition, **8**:14-9

Société canadienne des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique (SOCAN), **8**:27-30

## Santé, système, rôle du gouvernement fédéral, principes et recommandations en vue d'une réforme

### Capacité et infrastructure

#### Gouvernement fédéral, rôle

Dossiers de santé électroniques (DSE), **2R**:187-90

Qualité, efficacité et résultats, évaluation, **2R**:190-2

Renseignements personnels sur la santé, protection, **2R**:192-7

Technologies de la santé, **2R**:183-7

Recherche, **2R**:217-8; **27R**:95-6

Éthique, normes, application, **2R**:239-40; **27R**:115-6

Animaux, **2R**:245-7; **27R**:122-4

Conflit d'intérêts, **2R**:253-5; **27R**:130-1

Information génétique, confidentialité, **2R**:252-3; **27R**:129

Renseignements médicaux personnels, confidentialité, **2R**:247-52; **27R**:124-9



**Health care system, federal role, principles and recommendations for Reform – Cont'd**  
 Health care guarantee – *Cont'd*  
   Waiting lists, problem  
     Public perception, **2R:109-10**  
     Reality, **2R:110-1**  
 Health care technology, financing and assessment  
   Acquisition and upgrading, **27R:71-2**  
   Availability, **27R:69-71**  
   Health care technology assessment (HTA), **27R:72-5**  
 Health promotion and disease prevention  
   Public policy, **2R:239-41**  
     Diseases, trends, infectious diseases, chronic diseases, injury, mental health, **2R:242-4**  
     Illness, economic burden, **2R:245**  
     National chronic disease prevention strategy, need, **2R:246-8**  
     Population health strategies, need, **2R:250-2**  
     Public health and health promotion, strengthening, **2R:249-50**  
 National health info structure, deployment, **27R:77-8**  
 Accountability, fostering, **27R:83-4**  
 Electronic health records (EHR), system, establishment, **27R:78-80**  
 Internet-based health information, **27R:88-9**  
 Personal health information, confidentiality and protection, **27R:84-5**  
 Quality, performance and outcomes, evaluation, need for independent assessment, **27R:80-3**  
 Rural and remote communities, telehealth, **27R:86**  
 Tele-homecare, **27R:87-8**  
 Population health strategy, **27R:153-4**  
   Adaptation to local conditions and involvement of local communities (Principle 7.6), **27R:164-5**  
   Broad strategies, development, necessity (Principle 7.3), **27R:159-61**  
   Federal government, leadership and resources (Principle 7.4), **27R:161-2**  
   For Aboriginal Canadians (Principle 7.7), **27R:165-8**  
   Government policies, examination (Principle 7.5), **27R:162-3**  
   Individuals, responsibility for their own health (Principle 7.1), **27R:154-5**  
   Individuals, responsibility for their own health, government programs, priority (Principle 7.2), **27R:156-8**  
 Reform, financing  
   Additional federal funding  
     Amount required, **2R:267-9**  
     Committee, commentary, **2R:286-91**  
     Current federal funding, **2R:291-4**  
     Earmarked taxation, **2R:275-8**  
     General taxation, **2R:271-5**  
     Medical savings accounts (MSAs), **2R:284-5**  
     National health care premiums, **2R:280-2**  
     Payroll taxes, **2R:278-80**  
     Pre-funding for health care, **2R:285-6**  
     Sources, **2R:265-6, 270-1**  
     User charges, **2R:282-3**  
 Health care system, consequences of not making it fiscally sustainable, **2R:295-6**  
   Committee, commentary, **2R:302-3**  
   Private health care insurance, Canada and selected OECD countries, **2R:297-9**  
   Private health care insurance and private for-profit delivery, impact, review of recent literature, **2R:299-302**  
 New federal funding, management, **2R:255-6, 262-4**  
   Additional funding, need, **2R:256-60**  
   Federal government, financing role, **2R:260-2**  
 Restructuring and financing, principles, **27R:20-2, 61-4**  
 Health care contract, **27R:59-61**  
 Health care delivery  
   Hospitals, method for remunerating (Principle Eight), **27R:36-9**  
   “Internal market”, creation (Principle Thirteen), **27R:45-7**  
   National (not exclusively federal) strategy, (Principle Fourteen), **27R:47**  
 Primary care  
   General practitioners, method of compensating (Principle Eleven), **27R:42-4**  
   New scope of practice rules, need to develop (Principle Twelve), **27R:44-5**  
   Provision by group practices or clinics (Principle Ten), **27R:41-2**

**Santé, système, rôle du gouvernement fédéral, principes et recommandations en vue d'une réforme - Suite**  
 Capacité et infrastructure – *Suite*  
 Recherche – *Suite*  
   Éthique, normes, application – *Suite*  
     Sujets humains, **2R:240-5**; **27R:116-22**  
   Financement, **2R:225-6**; **27R:102**  
     Financement fédéral, **2R:226-8**; **27R:103-5**  
     Recherche fédérale interne en santé, **2R:229-30**; **27R:105-7**  
   Leadership, **2R:219-22**; **27R:96-9**  
   Populations vulnérables, état de santé, amélioration, **2R:232-4**; **27R:109-11**  
   Résultats, commercialisation, **2R:234-9**; **27R:111-5**  
   Révolution scientifique, **2R:222-5**; **27R:99-101**  
   Services de santé et prestation des soins, qualité, rehaussement, **2R:230-2**; **27R:107-8**  
 Ressources humaines  
   Comité, commentaires, **2R:214-5**  
   Diplômés en médecine étrangers, **2R:208-9**  
   Études supérieures, financement, **2R:213**  
   Infirmières, pénurie, **2R:209-12**  
   Médecins formés au Canada, nombre, **2R:206-8**  
   Pénurie, gravité, **2R:199-203**  
   Professions paramédicales, **2R:213**  
   Règles relatives au champ de pratique, examen, **2R:213-4**  
   Stratégie nationale, nécessité, **2R:203-5**  
 Ressources humaines, planification  
   Soins primaires, réforme, **27R:147-8**  
   Études interdisciplinaires, **27R:152-3**  
   Modèle, **27R:153-7**  
   Soutien, **27R:148-52**  
   Stratégie nationale pour réaliser l'autosuffisance, **27R:133-8**  
   Exode des cerveaux, **27R:140-1**  
   Fournisseurs de soins de santé autochtones, **27R:138-40**  
   Nécessité, **27R:142-7**  
   Professionnels de la santé, pénurie, **27R:133-5**  
 Efficience, mesures  
   Hôpitaux, restructuration et financement, **2R:27-9**  
   Besoins en immobilisations, financement, **2R:54-7**  
   Centres universitaires des sciences de la santé (CUSS) et hôpitaux d'enseignement, **2R:49-52**  
   Établissements de soins de santé publics ou privés, **2R:57-62**  
   Financement fondé sur les services dispensés  
     Expérience internationale, examen, États-Unis, Royaume-Uni, France, Danemark, Norvège, Comité Bédard, **2R:35-9**  
     Justification, pertinence du choix de services, services excessifs et surévaluation, taux, information et données, innovation, soins de santé complets, escalade des coûts, manque de simplicité, **2R:39-47**  
     Comité, commentaires, **2R:47-9**  
   Méthodes de financement, avantages et inconvénients, élément par élément, discrétion ministérielle, fondé sur la population, budget global, fondé sur les politiques, fondé sur les établissements, par projet, fondé sur les services dispensés, **2R:29-35**  
   Petits hôpitaux et hôpitaux communautaires ruraux, **2R:52-4**  
 Régies régionales de la santé (RRS), responsabilités, délégation, **2R:67-8, 73-4**  
   Comité, commentaires, **2R:78-80**  
   Marchés internes, potentiel, **2R:74-8**  
   Objectifs et réalisations, **2R:70-1**  
   Obstacles, **2R:72-4**  
   Tableau, **2R:68-70**  
 Soins de santé primaires, réforme  
   Gouvernement fédéral, rôle, **2R:96-8**  
   Grande-Bretagne, **2R:99-101**  
   Nécessité, **2R:81-5**  
   Obstacles, **2R:92-6**  
   Provinces  
     Nouveau-Brunswick, **2R:91-2**  
     Québec, **2R:90-1**  
   Rapports récents, **2R:85-6, 103-5**  
   Réseau santé-famille de l'Ontario (RSFO), **2R:86-90**

## Health care system, federal role, principles and recommendations for Reform – *Cont'd*

### Restructuring and financing, principles – *Cont'd*

#### Health care delivery – *Cont'd*

##### Primary care – *Cont'd*

Regional health authorities, responsibility (Principle Nine), **27R:39-40**

#### Health care evaluation

Electronic health records (EHR), system, deployment (Principle Fifteen), **27R:48-9**

Treatment outcomes and system performance, measurement (Principle Sixteen), **27R:50-2**

#### Health care financing (or insuring)

Federal government, investment, increase (Principle Six), **27R:34**

Health care technology, federal role (Principle Five), **27R:33**

Health services, coverage (Principle Four), **27R:30-2**

National health care insurance system, federal role (Principle Three), **27R:29-30**

Single funder (Principle One), **27R:23-5**

Stability and predictability (Principle Two), **27R:25-8**

Transparency and accountability (Principle Seven), **27R:35-6**

#### Patient oriented health care system (Principle Seventeen), **27R:52-3**

Incentives, (Principle Eighteen), **27R:53-4**

Individuals, responsibility for their own health, (Principle Nineteen), **27R:54-5**

Maximum waiting time (Principle Twenty), **27R:55-9**

### Safety net

#### Palliative home care, **2R:163,167-8**

Caregivers, financial assistance, tax credit, **2R:164-6**

Job protection, **2R:167**

National Palliative Home Care Program, need, **2R:163-4**

#### Post-acute home care (PAHC)

Key points from Volumes Two and Four, review, **2R:145-7**

National Post Acute Home Care Program, cost, **2R:156-9**

New Brunswick, Extra-Mural Program (EMP), **2R:148-50**

Organizing and delivering, **2R:151**

Definition, **2R:151-2**

Organizational arrangements, **2R:153-5**

Providers, **2R:155-6**

Other options, **2R:147-8**

#### Prescription drugs, costs, **2R:125-6**

Catastrophic expenses

Emerging issue, **2R:132-7**

Protection, Committee proposal, **2R:137-42**

Coverage

Plan features, **2R:132**

Private insurance plans, **2R:131-2**

Public insurance plans, **2R:130-1**

Drug spending, trends, **2R:126-8**

International comparisons, **2R:128-30**

National drug formulary, need, **2R:143**

## Health (The) of Canadians: the Federal Role, Volume Six.

### Recommendations for Reform

Text, **2R:i-xiv,1-325**

## Lighthouses, heritage

### Protection

Canadian Heritage Department, Historic Places Initiative (HPI), **19:21-2**

Designation, **19:13-5,18-21,32**

Disposal, **19:12-3**

Legislation, description, purpose and application, **19:7-12**

Lighthouses currently designated heritage buildings, status, **19:17-8**

Maintenance, **19:15-6**

Observations and concerns, **19:21-31**

United States, **19:27-8**

## Mental health and mental illness

### British Columbia

Mental health advocacy office, closure, consequences, **16:13,29-30**

Minister of State for Mental Health and Advisory Council, role, **15:4-5,27-8**

Causes, **11:13-5; 16:6**

Centres of excellence, establishment, proposal, **14:71,84**

## Santé, système, rôle du gouvernement fédéral, principes et recommandations en vue d'une réforme -*Suite*

### Filet de sécurité

Médicaments de prescription, coûts, **2R:137-8**

#### Assurance

Régimes, caractéristiques, **2R:144**

Régimes privés, **2R:143-4**

Régimes publics, **2R:142-3**

Autres pays, comparaisons, **2R:140-2**

Dépenses exorbitantes

Phénomène nouveau, **2R:145-9**

Protection, proposition du Comité, **2R:149-55**

Liste nationale des médicaments admissibles, nécessité, **2R:155-6**

Médicaments, dépenses, tendances, **2R:138-40**

Protection, Comité, proposition, **2R:149-55**

### Soins actifs à domicile (SAD)

Autres options, **2R:159-60**

Nouveau-Brunswick, Programme extra mural (PEM), **2R:160-3**

Organiser et fournir, **2R:163-4**

Définition, **2R:164-5**

Dispositions organisationnelles, **2R:165-7**

Fournisseurs, **2R:167-9**

Principaux points relevés dans les volumes deux et quatre, **2R:157-9**

Programme national de soins actifs à domicile, coût, **2R:169-72**

Soins palliatifs à domicile, **2R:175,179-80**

Emplois, protection, **2R:179**

Fournisseurs, aide financière, crédit d'impôt, **2R:176-9**

Programme national de soins palliatifs, nécessité, **2R:175-6**

### Garantie de soins de santé

Accès en temps opportun, **2R:109-10**

Comité, commentaires, **2R:119**

Droit aux soins de santé, perception du public ou droit reconnu par la loi, **2R:110-1**

Prestation de soins de santé en temps opportun et article 7, *Charte canadienne des droits et libertés*, **2R:112-8**

Services couverts par le régime public, disponibilité à l'extérieur du système public de soins de santé, **2R:111-2**

Comité, recommandations et réflexions, **2R:128-34**

### Expérience canadienne

Projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien, **2R:124-5**

Réseau de soins cardiaques de l'Ontario (RSCO), **2R:123-4**

Expérience internationale, **2R:125-6**

Danemark, **2R:126-8**

Suède, **2R:126**

### Listes d'attente, problème

Public, perception, **2R:121-2**

Situation réelle, **2R:122-3**

Non-application, conséquences possibles, **2R:132-3**

### Info structure nationale de la santé, création, **27R:81-2**

Dossiers de santé électroniques (DSE), système, établissement, **27R:82-4**

Qualité, efficacité et résultats, évaluation, nécessité de mener une évaluation indépendante, **27R:84-7**

Régions rurales et éloignées, télé santé, **27R:90-1**

Renseignements personnels, confidentialité et protection, **27R:89-90**

Réseau d'information sur la santé accessible par Internet, **27R:92-4**

Responsabilisation, favoriser, **27R:87-9**

Télé soins à domicile, **27R:91-2**

### Loi canadienne sur la santé, principes, **2R:333-4**

Accessibilité, **2R:339-41**

Comité, commentaires, **2R:345-6**

Gestion publique, **2R:342-5**

Intégralité, **2R:335-9**

Transférabilité, **2R:341-2**

Universalité, **2R:334-5**

### Population, santé, stratégie d'amélioration, **27R:159-60**

Adaptation aux conditions locales et participation des collectivités concernées, **27R:170-1**

Gouvernement fédéral, rôle de premier plan et ressources (Principe 7.4), **27R:168-9**

Personnes, responsabilisation à l'égard de leur santé (Principe 7.1), **27R:161-2**

Personnes, responsabilisation à l'égard de leur santé, programmes gouvernementaux, priorité (Principe 7.2), **27R:162-5**



**Mental health and mental illness – *Cont'd***

- Children and adolescents
  - Autistic, school system, integration, **14**:12,36-8
  - Causes, **13**:31-2,70-4
  - Federal government, role, **13**:12-3,56-9,63-4
  - Impact, **13**:11,50-3
  - Learning disabilities, **13**:28-30,51,69-70
  - National agency, establishment, recommendation, **13**:9,12,25-6,30
  - Prevalence, **13**:9-12,31-3,39,46-7,50
  - Promotion, prevention, treatment, **13**:32-3,38-43,47-8,53-6,68-74; **14**:82-5,99-102
  - Recommendations, **13**:48-9,54-64
  - Suicide, **11**:43; **13**:13-6,21-7,36-8,59-62
- Commissioner for mental health, creation, proposal, **14**:87-9
- Decriminalization of marijuana bill and national drug strategy, **16**:63-4
- Definitions and concept, **11**:7-8; **14**:6-7; **18**:7,22-4
- Deinstitutionalization and rehabilitation, **14**:39-40,75-8,90-1,98-9,114-6; **17**:44-7
- Community programs, **17**:48-9,62-3
- Coordination and funding, **17**:53-7
- Forensic patients, **17**:47,63-5
- Homeless, **17**:50-3,58-9
- Housing, **14**:40-1,49-53,65-7,112-4
- Problems, **14**:66-7; **17**:46-7,57
- Severely mentally ill, implications, **17**:47-8
- Discrimination and stigma, **11**:69-70; **13**:58,62-3; **14**:8-9,31-5
- Aboriginal peoples, **16**:10-2,26-8
- Anti-discrimination measures, **15**:6-8,12,22-3; **16**:7,17-23
- Attitudes, **9**:25-8; **15**:23-5; **16**:24-5,67-9
- British Columbia, public forum, 1999, **15**:5-6
- Effects, **16**:7,19-20
- Level, **15**:21-2; **16**:6-7
- Media, role, **16**:7,30-3
- Offenders, **15**:8-9,19-20
- Privacy legislation, impact, **16**:12,25-8
- Psychiatric consumer survivors, position and recommendations, **15**:13-8
- Research, **15**:9-12
- Rights, infringement, **16**:13-7,42-3
- Surveys, **11**:61,64-5
- Terms used, **15**:26-7
- Violence, risk, perception, **14**:39,53-5; **16**:7-9,20-1,37-9
- Education and training
  - Family practitioners, **11**:24-5; **14**:28-9
  - Nurses and nurse practitioners, **14**:111,122-3; **16**:59-60,75
  - Psychiatrists, **14**:79-82,91,124-5
- Ethics, **14**:63-5
- Illnesses and problems
  - Autism, **9**:6-14,23-4,31-4; **14**:25-8
  - Bipolar or manic-depressive disorder, **9**:18-20,26
  - Depression and anxiety, **11**:11-4,23-5,46
  - Eating disorders, **13**:43-6,64-8
  - Foetal alcohol spectrum disorder (FASD), **13**:5-9,20-1,27-8,38
  - Illiteracy and learning disabilities, **11**:25-7,65-8
  - Schizophrenia and schizophrenics, **9**:14-30,36-7; **11**:14-5; **14**:74-5,105
  - Substance use, **16**:44-50,72-4
- Information
  - Availability, **11**:42-5,70-3
  - Confidentiality, **9**:26; **11**:61-4
  - Costs, **11**:61-3
  - Health Department, Statistics Canada, surveys, **11**:7,21,45-50,71-2
- Mental health system, historical overview, **11**:53-5,68
- National action plan, need, implementation, **13**:17-24,34-5; **14**:34-5, 59-65,122; **15**:25-6,36-7; **16**:58-63; **17**:7,33,38-41
- Prevalence and costs, **11**:12,16,21-2,46-53,59-62,65,69; **14**:42, 58-9; **16**:5-6
- Promotion and prevention, **11**:9-12; **14**:21-2,38-9
- Homeless, **11**:39-40
- Measures, effectiveness, **11**:23,28-33
- Resources, **11**:22-3
- Suicide, **11**:16-22,28-30
- Reform
  - Obstacles, **17**:42-4
  - Recommendations, **11**:15,60; **16**:50-2,75-6; **17**:49-50,57-62,66-8
- Santé, système, rôle du gouvernement fédéral, principes et recommandations en vue d'une réforme - *Suite*
- Population, santé, stratégie d'amélioration - *Suite*
- Politiques gouvernementales, examen (Principe 7.5), **27R**:169-70
- Pour les Canadiens autochtones (Principe 7.7), **27R**:171-5
- Stratégies générales d'amélioration, nécessité d'élaborer (Principe 7.3), **27R**:165-7
- Promotion de la santé et prévention de la maladie
- Politique publique, **2R**:259-62
- Maladie, fardeau économique, **2R**:265-6
- Maladie, tendances, maladies infectieuses, maladies chroniques, blessures, santé mentale, **2R**:262-5
- Santé publique et promotion de la santé, renforcement, **2R**:270-1
- Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques, nécessité, **2R**:267-70
- Stratégies d'amélioration de la santé de la population, nécessité d'élaborer, **2R**:271-4
- Réalités fondamentales, **27R**:5-6
- Mesures incitatives, nécessité, **27R**:15-21
- Restructuration et financement, principes directeurs, **27R**:21-3
- Restructuration et renouvellement, gouvernement fédéral, rôle, **27R**:13-5
- Viabilité financière, **27R**:6-13
- Réforme, financement
- Financement fédéral additionnel
- Ampleur, **2R**:291-4
- Charges sociales, **2R**:303-5
- Comité, commentaires, **2R**:312-7
- Comptes d'épargne santé (CES), **2R**:309-10
- Financement anticipé des soins de santé, **2R**:310-1
- Financement fédéral actuel, **2R**:317-20
- Frais d'utilisation, **2R**:307-9
- Impôts généraux, **2R**:295-300
- Impôts spécifiques, **2R**:300-3
- Prime nationale d'assurance santé, **2R**:305-7
- Sources, **2R**:289-90,294-5
- Nouveaux fonds du gouvernement fédéral, administration, **2R**:277-8,285-7
- Fonds additionnels, nécessité, **2R**:278-83
- Gouvernement fédéral, rôle en matière de financement, **2R**:283-4
- Soins de santé, système, conséquences de l'inaction sur le plan de la viabilité financière, **2R**:321-3
- Assurance santé privée, Canada et certains pays de l'OCDE, **2R**:323-6
- Comité, commentaires, **2R**:328-30
- Système privé d'assurance santé et de prestation de soins à but lucratif, documentation récente, examen, **2R**:326-8
- Responsabilisation, nécessité d'un rapport annuel
- Comité, proposition, **2R**:19-22
- Gouvernance, nécessité d'un commissaire national aux soins de santé, **27R**:14-6
- Points saillants des volumes un à cinq, résumé
- Association médicale canadienne (AMC), proposition, **2R**:16
- Garantie nationale de soins de santé, nécessité, **2R**:12-4,107-34
- Gouvernement fédéral, rôle, **2R**:7-8
- Politique fédérale en matière de soins de santé, objectifs, **2R**:8-10
- Propositions, **2R**:16-9
- Système actuel pas financièrement viable, **2R**:10-2
- Restructuration et financement, principes directeurs, **27R**:21-3,64-8
- Contrat d'assurance santé, **27R**:62-4
- Soins de santé, évaluation
- Dossiers de santé électroniques (DSE), déploiement (Principe Quinze), **27R**:50-2
- Traitements et rendement du système de soins de santé, saisie des résultats (Principe Seize), **27R**:52-5
- Soins de santé, financement (ou assurance)
- Gouvernement fédéral, investissements, augmentation (Principe Six), **27R**:36-7
- Montant stable et prévisible (Principe Deux), **27R**:28-31
- Services de santé couverts (Principe Quatre), **27R**:32-4
- Système national d'assurance santé, gouvernement fédéral, rôle (Principe Trois), **27R**:31-2
- Technologies de la santé, gouvernement fédéral, rôle (Principe Cinq), **27R**:35-6
- Transparence et responsabilité (Principe Sept), **27R**:37-8



**Mental health and mental illness – Cont'd**

## Research and studies

Canadian Institutes of Health Research (CIHR), **14**:8-11,19-20,23-5Collaboration, **14**:13-5Communication and application of results, **14**:42-3,48Depression, **14**:15-6Epidemiological, **11**:56-8Ethics, neuroethics, **14**:10,30-1,35-6,43-4,47-9Funding, **14**:8-9,22-5,34-5,41-2; **16**:69-70Housing, **14**:40-1In a hospital setting, **14**:11-2Physical and mental health, link, **11**:8-9Recommendations, **14**:11,16-21,29-30Staff, **14**:31,47Roles and responsibilities, federal, provincial, territorial, **11**:6-7Seniors, **17**:6-10Alzheimer's disease, **17**:10-2,21-2,31,37-8Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, **17**:30-1Discrimination and stigma, **17**:36-7Prevalence, **17**:16-20,32Research, **17**:33-6Services, **16**:64-6; **17**:12-9,22-30

## Services, delivery

Accessibility and use, **11**:33-8,44,47-8,56-8,61-2,68-71; **15**:18;**16**:53-7,71-5; **17**:65; **18**:17Community-based, **9**:39; **13**:60-1; **14**:65-8,103-5; **15**:28-31; **16**:70-1Drug users, **15**:32-6Families, **9**:30-1Housing, **14**:40-1,49-53,65-7,112-4Models, **9**:34-9; **11**:40; **14**:70-1,85-90,97-8,104-6,125-30; **16**:9,33-41Nurses and nurse practitioners, role, **11**:39-41; **14**:110-1,120-2;**15**:37-8Parents, **14**:57-8Pregnant women, **14**:55-7Primary care, **11**:36-8; **14**:92-7; **15**:31-2Problems, **14**:69-70,86-7,108-12; **16**:64-7Psychiatric hospitals, role, **14**:120-1Quality and evaluation, **11**:60-2; **14**:112-3Quebec, **14**:71-2,92-8,101-7,117-20Recommendations, **14**:72-3,107-8,116-9; **16**:53-9Severely mentally ill, **14**:45-7,65,68-9United States, **14**:71-3,85-6; **17**:65-6

## Workplace

Employee assistance programs (EAPs), role, **18**:8-10Employers, role and responsibilities, **18**:24-6Prevalence and costs, **18**:7-8Recommendations, **18**:11-7Research, **18**:4-6,16-7,34-5Stress, **18**:10-1,17-22,26-37**National anthem**

## English version, amendment

History, **25**:7-14Opinions and concerns, **25**:9-28Reasons, **25**:7-8Historical overview, **25**:20-2**Pest control products, regulation**

## Children

Health effects, **6**:5-8,13-20Tenfold safety factor, **3**:34; **6**:8-9,15-8,23-4,31; **7**:6,20-1,27-35Communication and education, **3**:49-50,59; **5**:34; **6**:27-8; **7**:35-41Export controls, **3**:44-5

Pest Management Regulatory Agency (PMRA)

Annual report, **3**:58; **5**:33Commissioner on the environment, criticisms, **3**:39-40Evaluation, timelines, data collection, **3**:33-4,38-41,48-9,53-5; **5**:31-3Mandate, **3**:36-7; **5**:32; **6**:11,29-30Pesticide industry, pressure, **3**:45-6Public consultation, **3**:34-5,43-4,49,58-60; **5**:31; **6**:29User fees, **3**:37-8,53-5; **5**:35-8

## Position, concerns, recommendations

Canadian Consumer Specialty Products Association (CCSPA), CropLife

Canada, Urban Pest Management Council, **3**:46-57Canadian Environmental Law Association, **6**:10-2,15,23-5**Santé, système, rôle du gouvernement fédéral, principes et recommandations en vue d'une réforme – Suite**

## Restructuration et financement, principes directeurs – Suite

## Soins de santé, financement (ou assurance) – Suite

Une seule source (Principe Un), **27R**:25-7

## Soins de santé, prestation

Hôpitaux, méthode de rémunération (Principe Huit), **27R**:38-42«Marché interne», établissement (Principe Treize), **27R**:48-9Régies régionales de la santé, responsabilité (Principe Neuf), **27R**:42-3

## Soins primaires

Médecine de groupe organisée en cliniques (Principe Dix), **27R**:43-5Nouvelles règles concernant les champs d'activité, besoin d'élaborer (Principe Douze), **27R**:47Omnipraticiens, rémunération (Principe Onze), **27R**:45-7Stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) (Principe Quatorze), **27R**:50Système de soins de santé axé sur le patient (Principe Dix-sept), **27R**:55-6Délai d'attente maximum (Principe Vingt), **27R**:58-62Mesures incitatives (Principe Dix-huit), **27R**:56-7Personnes, responsabilisation à l'égard de leur santé (Principe Dix-neuf), **27R**:57-8

## Technologies de la santé, financement et évaluation

Acquisition et mise à niveau, **27R**:75-7Disponibilité, **27R**:73-5Évaluation des technologies de la santé (ETS), **27R**:77-9**Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume six. Recommandations en vue d'une réforme**Texte, **2R**:i-xiv,1-351**Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français**

## Comité, travaux, sommaire des témoignages

CCCFSM, rapport, ministère de la Santé, réponse, **8R**:8-9CCCFSM, rapport, suites, **8R**:14-5Fait francophone, promotion, **8R**:9-10Formation professionnelle, **8R**:11-4Services, prestation, **8R**:10-1

## Observations et recommandations

Coopération intergouvernementale, mécanismes, **8R**:24-6Fondements juridiques, **8R**:18Formation professionnelle, **8R**:19-22Gouvernement fédéral, rôle, **8R**:23-4Groupes de soins de première ligne, **8R**:22-3Principaux rapports, suites, **8R**:16-7Réseautage, **8R**:18-9

## Principaux rapports, résumé

Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM), *Rapport au ministre fédéral de la Santé, septembre 2001*, **8R**:2-7Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA du Canada), *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* (juin 2001), **8R**:2-4Principaux consensus du Forum national Santé en français: Moncton, Nouveau-Brunswick – les 3 et 4 novembre 2001, **8R**:7-8**Santé mentale et maladie mentale**Causes, **11**:13-5; **16**:6Centres d'excellence, création, proposition, **14**:71,84

## Colombie-Britannique

Bureau de services consultatifs en santé mentale, fermeture, conséquences, **16**:13,29-30Ministre d'État à la Santé mentale et Conseil consultatif, rôle, **15**:4-5,27-8Commissaire à la santé mentale, création, proposition, **14**:87-9Définitions et concept, **11**:7-8; **14**:6-7; **18**:7,22-4Désinstitutionalisation et réadaptation, **14**:39-40,75-8,90-1,98-9,114-6; **17**:44-7Coordination et financement, **17**:53-7Logement, **14**:40-1,49-53,65-7,112-4Malades mentaux graves, implications, **17**:47-8Patients judiciaires, **17**:47,63-5

**Pest control products, regulation – *Cont'd***Position, concerns, recommendations – *Cont'd*

Canadian Federation of University Women, 6:25-8,33-6

Farmers, 5:29-40

Physicians, 6:7-8

World Wildlife Fund Canada, 6:28-31

Precautionary principle, application, 3:36,42-3; 6:14-6; 7:6,9-10,15-6, 24-7,31

Public consultation, right to know, access to information, 5:33-4; 6:12,15,30-1; 7:7-11,21-3

Adverse effects database, 3:35; 6:12,22-3; 7:6,9-10,18-20

Re-evaluation or special review, 3:35-6; 5:31,36-9; 7:6,13-4

Registration, conditions, 3:35; 5:33,37-8

Sales database, 6:21-2; 7:7,14-5

Research, 7:6-7

Independence, 6:26-7,31-6

United States, harmonization, 3:57-8; 5:32,38-9; 7:32-3

Use

Agriculture, 6:18-9

Non-essential or cosmetic pesticides, 6:11-2,15-7,20-1,26-8; 7:5-13,18,38-9

Other countries, 3:41-4; 5:34-5; 7:7-9,16-8

**Physical activity and sport, promotion**

Alternative Dispute Resolution Program for Amateur Sport (ADRsportRED), 4:20-7

Coalition for Active Living, position, concerns, recommendations, 4:29-36

Legislation

Consultation, 3:29-30

Highlights, 3:7-9

Official Languages Act, application, 4:5-13,17-9; 5:15

Purpose, 3:13-5,18-21,27-32; 4:30-3; 5:6-8,13-9,22-3

Ministerial jurisdiction, 3:24; 4:12,26-7,31-2

Professional sports teams, subsidization, 3:9-10

Public awareness and education, 4:33-4; 5:20-1,24

Sport Dispute Resolution Centre, establishment, 3:8-11,15-6,28

Access to Information Act and Privacy Act, application, 5:25-6

Board of directors, 3:17-8,28-9; 4:9-10,23; 5:19

Bylaws, 3:21-2

Dissolution, 3:13; 5:11,14,19-20

Evaluation, 3:21-2

Funding, staff, 3:11,22-3; 4:14; 5:19

Independence and accountability, 3:11-2,16-7,25-6,29; 5:8-14

Mandate and powers, 4:17; 5:16-7,21-2

Official Languages Act, application, 3:12; 4:8,13-9,27-8; 5:9-13

Sport Canada, role, 3:24-5

**Public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease**

Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE), 20:44,48-65

British Columbia Centre for Disease Control, 21:16-20

Canadian Coalition for Public Health in the 21<sup>st</sup> Century, 22:40-1,48, 51-3

Canadian Food Inspection Agency (CFIA), 26:28-31

Canadian Institutes of Health Research (CIHR), governance, 22:38-9

Canadian Medical Association (CMA), proposal, 22:24-5; 26R:35-7

Canadian Public Health Association, role, 22:21-2

Centre for Surveillance Coordination, Centre for Emergency

Preparedness and Response, 20:15-6

Challenges, 21:10-1

Committee

Commentary, 26R:12-5

Previous study, 26R:7-8

Definitions, 22:61; 26:23,44-5

Disaster Financial Assistance Arrangements (DFAA), 20:10-1,29-34

Emerging illnesses, 20:66-7

Food safety, 20:44-5

Aquaculture industry, surveillance, 20:59-61

Cattle, tracking and tracing system, 20:52-3

Food contaminants, impact, surveillance system, 22:28-9

Mandate, role, responsibilities, coordination, 20:45-8

Funding and human resources, 26R:37-9

Allocation, 23:15-6

Committee, recommendations, 26R:54-5

Coordination, 26:43-7

**Santé mentale et maladie mentale – *Suite***Désinstitutionalisation et réadaptation – *Suite*

Problèmes, 14:66-7; 17:46-7,57

Programmes communautaires, 17:48-9,62-3

Sans-abri, 17:50-3,58-9

Discrimination et stigmatisation ou stigmat, 11:69-70; 13:58,62-3; 14:8-9,31-5

Attitudes, 9:25-8; 5:23-5; 16:24-5,67-9

Colombie-Britannique, forum public, 1999, 15:5-6

Délinquants, 15:8-9,19-20

Droits, violation, 16:13-7,42-3

Effets, 16:7,19-20

Enquêtes, 11:61,64-5

Médias, rôle, 16:7,30-3

Mesures anti-discriminatoires, 15:6-8,12,22-3; 16:7,17-23

Niveau, 15:21-2; 16:6-7

Peuples autochtones, 16:10-2,26-8

Protection de la vie privée, législation, impact, 16:12,25-8

Recherche, 15:9-12

Survivants de la consommation psychiatrique, position et recommandations, 15:13-8

Termes utilisés, 15:26-7

Violence, menace, perception, 14:39,53-5; 16:7-9,20-1,37-9

Éducation et formation

Infirmières et infirmières praticiennes, 14:111,122-3; 16:59-60,75

Médecins de famille, 11:24-5; 14:28-9

Psychiatres, 14:79-82,91,124-5

Enfants et adolescents

Autistiques, système scolaire, intégration, 14:12,36-8

Causes, 13:31-2,70-4

Difficultés d'apprentissage, 13:28-30,51,69-70

Effets, 13:11,50-3

Gouvernement fédéral, rôle, 13:12-3,56-9,63-4

Organisme national, création, recommandation, 13:9,12,25-6,30

Prévalence, 13:9-12,31-3,39,46-7,50

Promotion, prévention, traitement, 13:32-3,38-43,47-8,53-6,68-74; 14:82-5,99-102

Recommandations, 13:48-9,54-64

Suicide, 11:43; 13:13-6,21-7,36-8,59-62

Éthique, 14:63-5

Information

Confidentialité, 9:26; 11:61-4

Coûts, 11:61-3

Disponibilité, 11:42-5,70-3

Santé, ministère, Statistique Canada, enquêtes, 11:7,21,45-50,71-2

Maladies et problèmes

Analphabétisation et troubles d'apprentissage, 11:25-7,65-8

Autisme, 9:6-14,23-4,31-4; 14:25-8

Dépression et anxiété, 11:11-4,23-5,46

Drogues, consommation, 16:44-50,72-4

Schizophrénie et schizophrènes, 9:14-30,36-7; 11:14-5; 14:74-5,105

Trouble bipolaire ou de manico-dépression, 9:18-20,26

Troubles alimentaires, 13:43-6,64-8

Troubles du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF), 13:5-9, 20-1,27-8,38

Milieu de travail

Employeurs, rôle et responsabilités, 18:24-6

Prévalence et coûts, 18:7-8

Programmes d'aide aux employés (PAE), rôle, 18:8-10

Recherche, 18:4-6,16-7,34-5

Recommandations, 18:11-7

Stress, 18:10-1,17-22,26-37

Personnes âgées, 17:6-10

Alzheimer, maladie, 17:10-2,21-2,31,37-8

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 17:30-1

Discrimination et stigmat, 17:36-7

Prévalence, 17:16-20,32

Recherche, 17:33-6

Services, 16:64-6; 17:12-9,22-30

Plan d'action national, nécessité, mise en œuvre, 13:17-24,34-5;

14:34-5,59-65,122; 15:25-6,36-7; 16:58-63; 17:7,33,38-41

Prévalence et coûts, 11:12,16,21-2,46-53,59-62,65,69; 14:42,58-9; 16:5-6



**Public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease -***Cont'd*Funding and human resources - *Cont'd*Education and training, **20**:40-2; **21**:35-7; **23**:14-5; **26**:47-9Federal government, role, **21**:33-7Impact, **20**:42-3Increase, recommendations, international implications, **21**:23-5;  
**22**:22-3,49-51,61; **26**:37-40Nurse practitioners, role, education, **23**:36-7,49Other countries, **26**:44-7Problems, **21**:20-3; **23**:5

Global response and surveillance

Canada, participation, reporting obligations, **22**:26-8,37-8; **24**:20-1;  
**26**:37-9World Health Organization (WHO), capability, **22**:27-9,55-7;  
**24**:12,20-1Globalization, **21**:20-1; **22**:14-5; **26R**:42-3Health Protection Act, **22**:24-5Immunization, **26R**:45-9Complacency, **23**:13-4National immunization strategy, **23**:49-51Influenza, **23**:8-9,40-1; **24**:21; **26**:35Information technology and communication systems, **20**:14-6;  
**23**:44-7,51-2; **26R**:40Laboratories, **26R**:39Canadian Public Health Laboratory Network, **26**:40-1Laboratory for Foodborne Zoonoses (LFZ), **26**:26-8National Microbiology Laboratory (NML), **23**:26-9; **26**:23-6,36-7National network of public health laboratories, effectiveness,  
**22**:33-4Role, levels, **26**:24-5National Advisory Committee on SARS and Public Health or Naylor  
Advisory CommitteeMandate, support, **23**:17-8SARS outbreak, lessons learned, **23**:18-9National agency, establishment, proposal, **22**:12-6,48Advantages, **22**:15; **23**:20; **26R**:11,17-22Leadership, **23**:20,41-4; **26**:41-3Mandate and timetable, **20**:53-4; **26R**:26-9Model, **20**:21-8; **21**:14-6,38-9; **22**:17-20,23-6,29-36,62-3;  
**23**:11-2; **26R**:22-6Name, **22**:39-40Prince Edward Island, role in the event of an epidemic, **23**:29-31;  
**26R**:20-1Priorities, **23**:6-8Provinces, role, **21**:30-3SARS outbreak, role, hypothesis, **22**:20-1World Health Organization, connection, **22**:36-7; **23**:47-8Naylor report and recommendations, **23**:19-20; **26R**:10-2Airports, screening, **23**:37-8Centres of excellence, establishment, **23**:21-2,37-9Funding, level, **23**:20-2,49; **26R**:11-2,51-4Hospitals, **23**:12,31Implementation, **23**:5-6,31-6; **26R**:56-8Surveillance and control, **23**:23-4,39-41; **26R**:31-7Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness  
(OCIPEP)Emergency stockpiles, **20**:35-6Mandate, role and responsibilities, **20**:7-11,35Prevention, importance, **22**:57-61; **26R**:45-7Previous studies, **26R**:9-10Public health system, **20**:12-3; **21**:4-11Integration, concept, **22**:53-5Other countries, **20**:22,26-8; **26R**:21Reform, recommendations, **22**:11-3,41-7Role, responsibilities, coordination, **20**:17-21,28-31,34-5; **21**:11-3,  
26-7; **26**:33-5,43Understanding and perception, **23**:24-5Quebec, **21**:6-11Research, **26R**:41-2Problems, **23**:9-11SARS outbreak, **20**:13-4,17-22; **26**:46-8British Columbia, response, **21**:27-9,37Federal government, role, **21**:29-30Gaps, **20**:37-8**Santé mentale et maladie mentale - Suite**Projet de loi sur la décriminalisation de la marijuana et stratégie  
canadienne anti-drogue, **16**:63-4Promotion et prévention, **11**:9-12; **14**:21-2,38-9Mesures, efficacité, **11**:23,28-33Ressources, **11**:22-3Sans-abri, **11**:39-40Suicide, **11**:16-22,28-30

Recherche et études

Collaboration, **14**:13-5Communication et application des résultats, **14**:42-3,48Dans le cadre des hôpitaux, **14**:11-2Dépression, **14**:15-6Épidémiologiques, **11**:56-8Éthique, neuroéthique, **14**:10,30-1,35-6,43-4,47-9Financement, **14**:8-9,22-5,34-5,41-2; **16**:69-70Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), **14**:8-11,19-20,23-5Logement, **14**:40-1Personnel, **14**:31,47Recommandations, **14**:11,16-21,29-30Santé physique et santé mentale, interaction, **11**:8-9

Réforme

Obstacles, **17**:42-4Recommandations, **11**:15,60; **16**:50-2,75-6; **17**:49-50,57-62,66-8Rôles et responsabilités, fédérales, provinciales, territoriales, **11**:6-7Santé mentale, système, aperçu historique, **11**:53-5,68

Services, prestation

Accessibilité et utilisation, **11**:33-8,44,47-8,56-8,61-2,68-71; **15**:18;  
**16**:53-7,71-5; **17**:65; **18**:17Communautaires, **9**:39; **13**:60-1; **14**:65-8,103-5; **15**:28-31; **16**:70-1États-Unis, **14**:71-3,85-6; **17**:65-6Familles, **9**:30-1Femmes enceintes, **14**:55-7Hôpitaux psychiatriques, rôle, **14**:120-1Infirmières et infirmières praticiennes, rôle, **11**:39-41; **14**:110-1,120-2;  
**15**:37-8Logement, **14**:40-1,49-53,65-7,112-4Malades mentaux graves, **14**:45-7,65,68-9Modèles, **9**:34-9; **11**:40; **14**:70-1,85-90,97-8,104-6,125-30; **16**:9,  
33-41Parents, **14**:57-8Problèmes, **14**:69-70,86-7,108-12; **16**:64-7Qualité et évaluation, **11**:60-2; **14**:112-3Québec, **14**:71-2,92-8,101-7,117-20Recommandations, **14**:72-3,107-8,116-9; **16**:53-9Soins de première ligne, **11**:36-8; **14**:92-7; **15**:31-2Utilisateurs de drogues, **15**:32-6**Urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses**Accords d'aide financière en cas de catastrophe (AAFCC), **20**:10-1,  
29-34Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), **26**:28-31Aliments, salubrité, **20**:44-5Aquaculture, industrie, surveillance, **20**:59-61Bovins, système de suivi, **20**:52-3Compréhension et perception, **23**:24-5Contaminants alimentaires, impact, système de surveillance, **22**:28-9Mandat, rôle, responsabilités, coordination, **20**:45-8Association canadienne de santé publique, rôle, **22**:21-2Association médicale canadienne (AMC), proposition, **22**:24-5;  
**26R**:38-9British Columbia Centre for Disease Control, **21**:16-20Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la  
protection civile (BPIEPC)Mandat, rôle et responsabilités, **20**:7-11,35Réserves de secours, **20**:35-6Centre de coordination de la surveillance, Centre de mesures et  
d'interventions d'urgence, **20**:15-6Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle,  
**22**:40-1,48,51-3

Comité

Étude antérieure, **26R**:7-9Point de vue, **26R**:13-7



**Public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease -***Cont'd***SARS outbreak - *Cont'd***

- Information, dissemination, **21**:25-6; **23**:44-7
- Lessons learned, **22**:47; **24**:4-6; **26**:35-6
- National Microbiology Laboratory (NLM), role, **26**:31-5
- Prince Edward Island, scenario, **23**:29-31
- United States, **23**:52-3
- World Health Organization (WHO), rating, **20**:38-40
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), **20**:22-8; **23**:20-1
- Budget, **24**:19-20
- Canadian agency, establishment, reaction, **24**:21-2
- Laboratory Response Network, **24**:12-4
- Relationships, **24**:10-6,20-3
- Role, responsibility, communication, **24**:6-10,14-5,18
- SARS outbreak, communication, **24**:16-8

**Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act**Recommendations, **26R**:59-63Text, **26R**:i-iii,1-67**Report on the document entitled: *Santé en français - Pour un meilleur****accès à des services de santé en français (French-Language**Healthcare - Improving Access to French-Language Health Services)*Observations and recommendations, **8R**:14-27Text, **8R**:i-iv,1-29**Retransmission over the Internet, licensing**

- Aliant Telecom, implications, **8**:20-5
- Historical background, **8**:11-5,18
- iCraveTV and JumpTV, **8**:13-4
- Position and concerns
  - Canadian Cable Television Association (CCTA), **8**:25-7
  - Media Content Coalition, **8**:14-9
  - Society of Composers, Authors and Music Publishers of Canada (SOCAN), **8**:27-30

***Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français (French-Language Healthcare - Improving Access to French-Language Health Services)***

Committee, proceedings, summary of testimony

CCFSMC report, follow-up, **8R**:13-4CCFSMC report, Health Department, response, **8R**:8Francophone fact, promotion, **8R**:8-9Professional training, **8R**:10-13Services, delivery, **8R**:9-10

Main reports, summary

Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities (CCFSMC), *Report to the Federal Minister of Health, September 2001*, **8R**:2-7Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA du Canada), *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* (June 2001), **8R**:2-3*Principaux consensus du Forum national Santé en français: Moncton, Nouveau-Brunswick les 3 et 4 novembre 2001*, **8R**:7

Observations and recommendations

Federal government, role, **8R**:21-2Front-line health care, **8R**:20-1Intergovernmental co-operation, mechanisms, **8R**:22-4Legal bases, **8R**:16-7Main reports, follow-up, **8R**:14-6Networking, **8R**:17-8Professional training, **8R**:18-20**Urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses - *Suite***

Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique ou Comité consultatif Naylor

Mandat, appui, **23**:17-8SRAS, épidémie, leçons apprises, **23**:18-9Définitions, **22**:61; **26**:23,44-5Défis, **21**:10-1Encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), **20**:44,48-65Études antérieures, **26R**:9-11Financement et ressources humaines, **26R**:39-41Attribution, **23**:15-6Autres pays, **26**:44-7Comité, recommandations, **26R**:58-9Coordination, **26**:43-7Éducation et formation, **20**:40-2; **21**:35-7; **23**:14-5; **26**:47-9Gouvernement fédéral, rôle, **21**:33-7Impact, **20**:42-3Infirmières praticiennes, rôle, éducation, **23**:36-7,49Problèmes, **21**:20-3; **23**:5Renforcement, recommandations, conséquences au niveau international, **21**:23-5; **22**:22-3,49-51,61; **26**:37-40Grippe, **23**:8-9,40-1; **24**:21; **26**:35Immunisation, **26R**:49-53Complaisance, **23**:13-4Stratégie nationale d'immunisation, **23**:49-51Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), administration, **22**:38-9

Intervention et surveillance mondiales

Canada, participation, obligations en matière de déclaration et de communication, **22**:26-8,37-8; **24**:20-1; **26**:37-9Organisation mondiale de la santé (OMS), capacité, **22**:27-9,55-7; **24**:12,20-1Laboratoires, **26R**:41-2Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, **26**:26-8Laboratoire national de microbiologie (LNM), **23**:26-9; **26**:23-6,36-7Réseau canadien de laboratoires de santé publique, **26**:40-1Réseau national des laboratoires de santé publique, efficacité, **22**:33-4Rôle, niveaux, **26**:24-5Mondialisation, **21**:20-1; **22**:14-5; **26R**:45-6Nouvelles maladies, **20**:66-7Organisme national, création, proposition, **22**:12-6,48Avantages, **22**:15; **23**:20; **26R**:11-2,19-24Île-du-Prince-Édouard, rôle dans le cas d'une épidémie, **23**:29-31; **26R**:22-3Leadership, **23**:20,41-4; **26**:41-3Mandat et échéancier, **20**:53-4; **26R**:29-32Modèle, **20**:21-8; **21**:14-6,38-9; **22**:17-20,23-6,29-36,62-3; **23**:11-2; **26R**:25-9Nom, **22**:39-40Priorités, **23**:6-8Provinces, rôle, **21**:30-3SRAS, épidémie, rôle, hypothèse, **22**:20-1World Health Organization, connection, **22**:36-7; **23**:47-8Prévention, importance, **22**:57-61; **26R**:49-51Protection de la santé, Loi, **22**:24-5Québec, **21**:6-11Rapport Naylor et recommandations, **23**:19-20; **26R**:11-3Aéroports, dépistage, **23**:37-8Centres d'excellence, création, **23**:21-2,37-9Financement, montant, **23**:20-2,49; **26R**:12,55-8Hôpitaux, **23**:12,31Mise en oeuvre, **23**:5-6,31-6; **26R**:60-2Surveillance et contrôle, **23**:23-4,39-41; **26R**:33-9Recherche, **26R**:44-5Problèmes, **23**:9-11Santé publique, système, **20**:12-3, **21**:4-11Autres pays, **20**:22,26-8; **26R**:23-4Compréhension et perception, **23**:24-5Intégration, concept, **22**:53-5Réforme, recommandations, **22**:11-3,41-7Rôle, responsabilités, coordination, **20**:17-21,28-31,34-5; **21**:11-3,26-7; **26**:33-5,43

**Urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses - Suite**  
 SRAS, épidémie, **20**:13-4,17-22; **26**:46-8  
 Colombie-Britannique, réaction, **21**:27-9,37  
 États-Unis, **23**:52-3  
 Gouvernement fédéral, rôle, **21**:29-30  
 Île-du-Prince-Édouard, scénario, **23**:29-31  
 Information, dissémination, **21**:25-6; **23**:44-7  
 Laboratoire national de microbiologie, rôle, **26**:31-5  
 Lacunes, **20**:37-8  
 Leçons apprises, **22**:47; **24**:4-6; **26**:35-6  
 Organisation mondiale de la santé (OMS), cote, **20**:38-40  
 Technologie de l'information et de communication, systèmes, **20**:14-6; **23**:44-7,51-2; **26R**:42-3  
 U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), **20**:22-8; **23**:20-1  
 Agence canadienne, création, réaction, **24**:21-2  
 Budget, **24**:19-20  
 Laboratory Response Network, **24**:12-4  
 Relations, **24**:10-6,20-2  
 Rôle, responsabilités, communication, **24**:6-10,14-5,18  
 SRAS, épidémie, communication, **24**:16-8

# WITNESSES AND ADVISERS

**Adam, Dyane**, Commissioner of Official Languages, Office of the Commissioner of Official Languages  
 Bill C-12, **4**:5-19

**Addington, Donald**, Professor and Head, Department of Psychiatry, University of Calgary  
 Health care system, **16**:50-2,61-5,69-70,76

**Arboleda-Floréz, Julio**, Professor and Head, Department of Psychiatry, Queen's University  
 Health care system, **11**:53-60,66-70

**Arkell, Jane**, Executive Director, Active Living Alliance for Canadians with a Disability, Coalition for Active Living  
 Bill C-12, **4**:43

**Arnett, John**, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine, University of Manitoba  
 Health care system, **16**:5-9,25-8,31-2,35-8,41-2

**Aubry, Tim D.**, Associate Professor, Co-Director, Centre for Research and Community Services, University of Ottawa  
 Health care system, **17**:47-50,55-6,59-62,65-6

**Audy, Michel**, Executive Secretary, Historic Sites and Monuments Board of Canada, Canadian Heritage Department  
 Bill S-7, **19**:20-1

**Bailie, Lorna**, Assistant Director, Health Statistics Division, Statistics Canada  
 Health care system, **11**:45-50,64-5,71-2

**Beitchman, Joe**, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children, University of Toronto  
 Health care system, **13**:9-13,17-35

**Bell, Rick**, Chair, Coalition for Active Living  
 Bill C-12, **4**:29-36

**Bossé, Judith**, Vice-President, Science, Canadian Food Inspection Agency  
 Public health system, infrastructure and governance, **20**:45-56,60-7; **26**:28-31

**Bourget, Dominique**, President, Canadian Academy of Psychiatry and the Law  
 Health care system, **17**:45-7,55-7,60,64-5

**Bregman, Patti**, Director of Programs, Canadian Mental Health Association – Ontario Division

# TÉMOINS ET CONSEILLERS

**Adam, Dyane**, commissaire aux langues officielles, Commissariat aux langues officielles  
 Projet de loi C-12, **4**:5-19

**Addington, Donald**, professeur et chef, Département de psychiatrie, University of Calgary  
 Santé, système, **16**:50-2,61-5,69-70,76

**Arboleda-Floréz, Julio**, professeur et chef, Département de psychiatrie, Queen's University  
 Santé, système, **11**:53-60,66-70

**Arkell, Jane**, directrice administrative, Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap, Coalition pour la vie active  
 Projet de loi C-12, **4**:43

**Arnett, John**, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine, University of Manitoba  
 Santé, système, **16**:5-9,25-8,31-2,35-8,41-2

**Aubry, Tim D.**, professeur associé; codirecteur, Centre de recherche sur les services communautaires, Université d'Ottawa  
 Santé, système, **17**:47-50,55-6,59-62,65-6

**Audy, Michel**, secrétaire exécutif, Commission des lieux et monuments historiques du Canada, ministère du Patrimoine canadien  
 Projet de loi S-7, **19**:20-1

**Bailie, Lorna**, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada  
 Santé, système, **11**:45-50,64-5,71-2

**Beitchman, Joe**, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant, Département de psychiatrie; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children, University of Toronto  
 Santé, système, **13**:9-13,17-35

**Bell, Rick**, président, Coalition pour la vie active  
 Projet de loi C-12, **4**:29-36

**Bossé, Judith**, vice-présidente, Sciences, Agence canadienne d'inspection des aliments  
 Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:45-56,60-7; **26**:28-31

**Bourget, Dominique**, présidente, Académie canadienne de psychiatrie et de droit  
 Santé, système, **17**:45-7,55-7,60,64-5

**Bregman, Patti**, directrice des programmes, Association canadienne de la santé mentale, Division de l'Ontario



- Health care system, **18**:13-8,21-2,25-35
- Broughton, Scott**, Assistant Deputy Minister, Population and Public Health Branch, Health Department  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:12-3,18-9, 23-7,31,34-41
- Bruto, Venera**, Psychologist, Hamilton Health Sciences Centre  
Health care system, **17**:16-21,26,35-6,40-1
- Butler-Jones, David** (Personal presentation)  
Public health system, infrastructure and governance, **21**:20-7,30-9
- Carney, Pat**, Senate of Canada  
Bill S-7, **19**:10-9,32-4
- Chambers, Jennifer**, Empowerment Council Coordinator, Centre for Addiction and Mental Health  
Health care system, **15**:13-22,25-31,34-8
- Charland, Roger**, Legal Counsel, Sport Canada  
Bill C-12, **3**:13,16; **5**:23-6
- Clarke, Sheila**, Canadian Federation of University Women  
Bill C-8, **6**:25-8,32-6
- Colwell, Linda J.**, Director General, Compensation and Benefits, National Defence Department  
Bill C-37, **26**:8-13
- Conlin, Dan**, Curator of Marine History, Maritime Museum of The Atlantic  
Bill S-7, **19**:28-31
- Conn, David K.**, Co-Chair, President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry, Canadian Coalition for Seniors Mental Health  
Health care system, **17**:6-10,19-25,28-35,39-40
- Cook, Terry** (Personal presentation)  
Bill S-13, **10**:26-32
- Coombs, Shannon**, Director, Government Relations, Canadian Consumer Specialty Products Association  
Bill C-8, **3**:46-50,53-5,58-9
- Cooper, Kathleen**, Researcher, Canadian Environmental Law Association  
Bill C-8, **6**:10-25
- Da Pont, George**, Assistant Deputy Minister, Corporate Services, Fisheries and Oceans Department  
Bill S-7, **19**:23-6
- David** (Personal presentation)  
Health care system, **9**:6-14,23-4,30-8
- Davidson, Simon**, Chairman, Division of Child and Adolescence Psychiatry, Children's Hospital of Eastern Ontario  
Health care system, **13**:46-9,55,58-70,73
- D'Cunha, Colin**, Commissioner of Health, Chief Medical Officer and Assistant Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care Ontario  
Public health system, infrastructure and governance, **21**:4-6,25-38
- De Pencier, Joseph**, Member, Steering Committee, ADRsportRED  
Bill C-12, **4**:20-8
- Delgado, James P.**, Executive Director, Vancouver Maritime Museum  
Bill S-7, **19**:27-8
- DeMarco, Jerry**, Managing Lawyer, Sierra Legal Defence Fund  
Bill C-8, **7**:24-7
- Desjardins, Manon**, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Santé, système, **18**:13-8,21-2,25-35
- Broughton, Scott**, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, ministère de la Santé  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:12-3,18-9, 23-7,31,34-41
- Bruto, Venera**, psychologue, Hamilton Health Sciences Centre  
Santé, système, **17**:16-21,26,35-6,40-1
- Butler-Jones, David** (présentation personnelle)  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **21**:20-7,30-9
- Carney, Pat**, Sénat du Canada  
Projet de loi S-7, **19**:10-9,32-4
- Chambers, Jennifer**, coordonnatrice du Conseil d'habilitation, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Santé, système, **15**:13-22,25-31,34-8
- Charland, Roger**, conseiller juridique, Sport Canada  
Projet de loi C-12, **3**:13,16; **5**:23-6
- Clarke, Sheila**, Fédération canadienne des femmes diplômées des universités  
Projet de loi C-8, **6**:25-8,32-6
- Colwell, Linda J.**, directrice générale, Rémunération et avantages sociaux, ministère de la Défense nationale  
Projet de loi C-37, **26**:8-13
- Conlin, Dan**, conservateur, histoire maritime, Musée maritime de l'Atlantique  
Projet de loi S-7, **19**:28-31
- Conn, David K.**, coprésident; président, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées  
Santé, système, **17**:6-10,19-25,28-35,39-40
- Cook, Terry** (présentation personnelle)  
Projet de loi S-13, **10**:26-32
- Coombs, Shannon**, directrice, Relations gouvernementales, Association canadienne de produits de consommation spécialisés  
Projet de loi C-8, **3**:46-50,53-5,58-9
- Cooper, Kathleen**, attachée de recherche, Association canadienne du droit de l'environnement  
Projet de loi C-8, **6**:10-25
- Da Pont, George**, sous-ministre adjoint, Services intégrés, ministère des Pêches et Océans  
Projet de loi S-7, **19**:23-6
- David** (présentation personnelle)  
Santé, système, **9**:6-14,23-4,30-8
- Davidson, Simon**, chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario  
Santé, système, **13**:46-9,55,58-70,73
- D'Cunha, Colin**, commissaire de la santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **21**:4-6,25-38
- De Pencier, Joseph**, membre, Comité directeur, ADRsportRED  
Projet de loi C-12, **4**:20-8
- Delgado, James P.**, directeur exécutif, Vancouver Maritime Museum  
Projet de loi S-7, **19**:27-8
- DeMarco, Jerry**, avocat directeur, Sierra Legal Defence Fund  
Projet de loi C-8, **7**:24-7



Services Division, Douglas Hospital  
Health care system, **14**:116-9,124-5

**DeVillers, Paul**, Secretary of State (Amateur Sport)  
Bill C-12, **5**:6-26

**Dodds, Karen**, Director General, Food Directorate, Health Products and Food Branch, Health Department  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:44-54,58-62, 66-7

**Dorvil, Henri**, Professor, School of Social Work, Université du Québec à Montréal  
Health care system, **14**:39-41,49-53,61-7

**Duncan, Joan**, Sport Matters  
Bill C-12, **3**:23-4,29-31

**Elliot-Sherwood, Lyn**, Acting Executive Director, Heritage, Canadian Heritage Department  
Bill S-7, **19**:19-22,26

**Farquhar, James**, Psychiatrist, Douglas Hospital  
Health care system, **14**:71-3,85-9,95-8,102-3,106

**Fellegi, Ivan P.**, Chief Statistician, Statistics Canada  
Bill S-13, **10**:8-10,13-22; **12**:25-9

**Forrestall, J. Michael**, Senate of Canada  
Bill S-7, **19**:7-19,32

**Frank, John**, Professor, Department of Public Health Science, Faculty of Medicine, University of Toronto  
Public health system, infrastructure and governance, **23**:5-16

**Franklin, Claire**, Executive Director, Pest Management Regulatory Agency, Health Department  
Bill C-8, **3**:32-46

**Friesen, Robert**, President, Canadian Federation of Agriculture  
Bill C-8, **5**:29-40

**Garcia, Amparo**, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division, Douglas Hospital  
Health care system, **14**:114-6,124-7

**Gaudet, Michel**, Coalition for Alternatives to Pesticides Quebec  
Bill C-8, **7**:5-7,13-6,19-20

**Gibson, Maggie**, Psychologist, St. Joseph's Health Care London  
Health care system, **17**:12-6,27-8,32-5,40

**Gilka, Libuse**, Physicians and Scientists for a Healthy World  
Bill C-8, **7**:35-41

**Girardin, Benoît**, Executive Director, ADRsportRED  
Bill C-12, **4**:24-7

**Graham, Geraldine**, Head, Regulatory Affairs, Pest Management Regulatory Agency, Health Department  
Bill C-8, **3**:45

**Grass, J. Michael** (Personal presentation)  
Health care system, **17**:42-5,53-7,60-7

**Griffiths, Rudyard**, Executive Director, Dominion Institute  
Bill S-3, **25**:24-8

**Gully, Paul**, Senior Director General, Population and Public Health Branch, Health Department  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:13-4,20,24-8, 38-43

**Guptill, Bryson**, Director, Service and Program Modernization Task Force, Veterans Affairs Department  
Bill C-50, **26**:14-21

**Desjardins, Manon**, chef clinico-administratif, Division des services sectorisés pour adultes, Hôpital Douglas  
Santé, système, **14**:116-9,124-5

**DeVillers, Paul**, secrétaire d'État (Sport amateur)  
Projet de loi C-12, **5**:6-26

**Dodds, Karen**, directrice générale, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:44-54, 58-62,66-7

**Dorvil, Henri**, professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal  
Santé, système, **14**:39-41,49-53,61-7

**Duncan, Joan**, Le sport est important  
Projet de loi C-12, **3**:23-4,29-31

**Elliot-Sherwood, Lyn**, directrice exécutive par intérim, Patrimoine, ministère du Patrimoine canadien  
Projet de loi S-7, **19**:19-22,26

**Farquhar, James**, psychiatre, Hôpital Douglas  
Santé, système, **14**:71-3,85-9,95-8,102-3,106

**Fellegi, Ivan P.**, statisticien en chef, Statistique Canada  
Projet de loi S-13, **10**:8-10,13-22; **12**:25-9

**Forrestall, J. Michael**, Sénat du Canada  
Projet de loi S-7, **19**:7-19,32

**Frank, John**, professeur, Département des sciences de santé publique, Faculté de médecine, University of Toronto  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **23**:5-16

**Franklin, Claire**, directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire, ministère de la Santé  
Projet de loi C-8, **3**:32-46

**Friesen, Robert**, président, Fédération canadienne de l'agriculture  
Projet de loi C-8, **5**:29-40

**Garcia, Amparo**, chef clinico-administratif, Division des services ultra spécialisés pour adultes, Hôpital Douglas  
Santé, système, **14**:114-6,124-7

**Gaudet, Michel**, Coalition pour le remplacement des pesticides (Québec)  
Projet de loi C-8, **7**:5-7,13-6,19-20

**Gibson, Maggie**, psychologue, St. Joseph's Health Care London  
Santé, système, **17**:12-6,27-8,32-5,40

**Gilka, Libuse**, Physicians and Scientists for a Healthy World  
Projet de loi C-8, **7**:35-41

**Girardin, Benoît**, directeur exécutif, ADRsportRED  
Projet de loi C-12, **4**:24-7

**Graham, Geraldine**, chef, Affaires réglementaires, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire, ministère de la Santé  
Projet de loi C-8, **3**:45

**Grass, J. Michael** (présentation personnelle)  
Santé, système, **17**:42-5,53-7,60-7

**Griffiths, Rudyard**, directeur exécutif, Dominion Institute  
Projet de loi S-3, **25**:24-8

**Gully, Paul**, directeur général principal, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, ministère de la Santé  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:13-4,20,24-8,38-43

**Guptill, Bryson**, directeur, Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes, ministère des Anciens combattants

- Hall, Nancy** (Personal presentation)  
Health care system, **16**:13-9,24,27-35,38-42
- Harley, Susan**, Director, Market Integration, Aliant Telecom Inc.  
Bill C-11, **8**:20-5
- Harlick, James**, Assistant Deputy Minister, Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:7-11,17-21, 29-36
- Hendlisz, Jacques**, Director General, Douglas Hospital  
Health care system, **14**:107-8,119-24,127-8
- Hepworth, Lorne**, CropLife Canada  
Bill C-8, **3**:50-8
- Howe, Nicole**, Environmental Policy Analyst, Canadian Federation of Agriculture  
Bill C-8, **5**:37-8
- Hughes, James**, Director, National Center for Infectious Diseases, U.S. Centers for Disease Control and Prevention  
Public health system, infrastructure and governance, **24**:4-23
- Israël, Mimi**, Head, Department of Psychiatry, Associate Professor, McGill University, Douglas Hospital  
Health care system, **14**:69-71,87-8,96-7,103-4
- Jones, Tom**, Executive Director, Athletes CAN  
Bill C-12, **3**:26-32
- Kahn, Sara**, Deputy Veterinary Officer of Canada, Canadian Food Inspection Agency  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:56-60,63-5
- Kallmann, Helmut** (Personal presentation)  
Bill S-3, **25**:20-2
- Karmali, Mohamed**, Director General, Laboratory for Foodborne Zoonoses, Population and Public Health Branch, Health Department  
Public health system, infrastructure and governance, **26**:28,38-42,46-7
- Kasperski, Jan**, Executive Director, Ontario College of Family Physicians  
Bill C-8, **6**:4-8,13,16-9
- Kelloway, Kevin**, Director, CN Centre for Occupational Health and Safety  
Health care system, **18**:10-2,19-23,26,30,33-4,36-7
- Kershaw-Bellemare, Robyne**, Director of Nurses Services, Douglas Hospital  
Health care system, **14**:108-12,121-5,128
- Khatter, Kapil**, Executive Director, Canadian Association of Physicians for the Environment  
Bill C-8, **6**:8-9,13-4,17,22
- Kitching, Paul**, Director, Winnipeg Laboratory (Arlington), Canadian Food Inspection Agency  
Public health system, infrastructure and governance, **26**:31
- Lachance, Victor**, Sport Matters  
Bill C-12, **3**:24-6,29-31
- Laidlaw-Sly, Catharine**, President, National Council of Women of Canada  
Bill S-3, **25**:18-20,23-4
- Lalonde, Pierre**, Director, Clinique jeunes adultes, Louis-H. Lafontaine Hospital  
Health care system, **14**:74-5,89-90,93,105
- Projet de loi C-50, **26**:14-21
- Hall, Nancy** (présentation personnelle)  
Santé, système, **16**:13-9,24,27-35,38-42
- Harley, Susan**, directrice, Intégration du marché, Aliant Telecom Inc.  
Projet de loi C-11, **8**:20-5
- Harlick, James**, sous-ministre adjoint, Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:7-11, 17-21,29-36
- Hendlisz, Jacques**, directeur général, Hôpital Douglas  
Santé, système, **14**:107-8,119-24,127-8
- Hepworth, Lorne**, CropLife Canada  
Projet de loi C-8, **3**:50-8
- Howe, Nicole**, analyste des politiques environnementales, Fédération canadienne de l'agriculture  
Projet de loi C-8, **5**:37-8
- Hughes, James**, directeur, Centre national d'épidémies infectieuses, U.S. Centers for Disease Control and Prevention  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **24**:4-23
- Israël, Mimi**, chef, Département de psychiatrie, professeure agrégée, McGill University  
Santé, système, **14**:69-71,87-8,96-7,103-4
- Jones, Tom**, directeur exécutif, Athletes CAN  
Projet de loi C-12, **3**:26-32
- Kahn, Sara**, adjointe au vétérinaire en chef du Canada, Agence canadienne d'inspection des aliments  
Santé publique, système, **20**:56-60,63-5
- Kallmann, Helmut** (présentation personnelle)  
Projet de loi S-3, **25**:20-2
- Karmali, Mohamed**, directeur général, Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, ministère de la Santé  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **26**:28,38-42, 46-7
- Kasperski, Jan**, directrice générale, Association canadienne des médecins pour l'environnement  
Projet de loi C-8, **6**:4-8,13,16-9
- Kelloway, Kevin**, directeur, CN Centre for Occupational Health and Safety  
Santé, système, **18**:10-2,19-23,26,30,33-4,36-7
- Kershaw-Bellemare, Robyne**, directrice des soins infirmiers, Hôpital Douglas  
Santé, système, **14**:108-12,121-5,128
- Khatter, Kapil**, directeur exécutif, Association canadienne des médecins pour l'environnement  
Projet de loi C-8, **6**:8-9,13-4,17,22
- Kitching, Paul**, directeur, Laboratoire de Winnipeg (Arlington), Agence canadienne d'inspection des aliments  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **26**:31
- Lachance, Victor**, Le sport est important  
Projet de loi C-12, **3**:24-6,29-31
- Laidlaw-Sly, Catharine**, présidente, Conseil national des femmes du Canada  
Projet de loi S-3, **25**:18-20,23-4
- Lalonde, Pierre**, directeur, Clinique jeunes adultes, Hôpital Louis-H.



- Langer, Julia**, Director, International Program, WWF Canada  
Bill C-8, 6:28-33
- Latimer, Eric**, Health Economist, Douglas Hospital  
Health care system, 14:44-51,61-2,65-9
- Lavoie, Gilles**, Senior Director General, Market and Industry Services Branch, Agriculture and Agri-Food Department  
Public health system, infrastructure and governance, 20:52-3
- Law, Maureen**, Member, Canadian Coalition for Public Health in the 21<sup>st</sup> Century  
Public health system, infrastructure and governance, 22:41-3,47,50-63
- Leadbeater, Alan**, Deputy Information Commissioner, Office of the Information Commissioner of Canada  
Bill S-13, 10:10-1,19-20,23
- Leclerc, Jean-Jacques**, Director, Rehabilitation Services and Community Living, Louis-H. Lafontaine Hospital  
Health care system, 14:75-8,90-1,95,99,102,105
- Lesage, Alain**, Past President, Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology  
Health care system, 11:10-5,21-7,30-1,35,38-41
- Links, Paul**, Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies, St. Michael's Hospital  
Health care system, 11:16-23,27-30,34-40
- Lips, Tom**, Senior Adviser, Mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health Branch, Health Department  
Health care system, 11:6-10,21-6,31-3,36-40
- Loïse** (Personal presentation)  
Health care system, 9:18-20,26-8,35,38-9
- Losos, Joseph**, Director, Institute of Population Health, University of Ottawa  
Public health system, infrastructure and governance, 22:14-31,34-9
- MacAdam, Lane**, Director General, Sport Canada  
Bill C-12, 3:6-23
- MacDonald, Barry**, President, Nova Scotia Lighthouse Preservation Society  
Bill S-7, 19:31
- Mackay, Shauneen**, New Tecumseth Environment Watch  
Bill C-8, 7:10-3,16,20-3
- MacLeod, Peter**, CropLife Canada  
Bill C-8, 3:56
- Madore, Odette**, Researcher to the Committee  
Health care system, 13:33
- Marsh, David**, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto  
Health care system, 16:44-50,61-4,68-9,72-6
- Marsland, Andrew**, Acting Assistant Deputy Minister, Market and Industry Services Branch, Agriculture and Agri-Food Department  
Public health system, infrastructure and governance, 20:45-6,49-51,64
- Massad, Pam**, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Department  
Health care system, 13:5-9,17,20-3,27-8,34,38
- Massé, Richard**, Chief Executive Officer, Institut national de santé publique du Québec  
Public health system, infrastructure and governance, 21:6-16
- Lafontaine  
Santé, système, 14:74-5,89-90,93,105
- Langer, Julia**, directrice, Programme international, WWF Canada  
Projet de loi C-8, 6:28-33
- Latimer, Eric**, économiste de la santé, Hôpital Douglas  
Santé, système, 14:44-51,61-2,65-9
- Lavoie, Gilles**, directeur général principal, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés, ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 20:52-3
- Law, Maureen**, membre, Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 22:41-3,47,50-63
- Leadbeater, Alan**, sous commissaire à l'information, Commissariat à l'information du Canada  
Projet de loi S-13, 10:10-1,19-20,23
- Leclerc, Jean-Jacques**, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine  
Santé, système, 14:75-8,90-1,95,99,102,105
- Lesage, Alain**, président sortant, Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique  
Santé, système, 11:10-5,21-7,30-1,35,38-41
- Links, Paul**, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide, Hôpital St. Michael's  
Santé, système, 11:16-23,27-30,34-40
- Lips, Tom**, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, ministère de la Santé  
Santé, système, 11:6-10,21-6,31-3,36-40
- Loïse** (présentation personnelle)  
Santé, système, 9:18-20,26-8,35,38-9
- Losos, Joseph**, directeur, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 22:14-31,34-9
- MacAdam, Lane**, directeur général, Sport Canada  
Projet de loi C-12, 3:6-23
- MacDonald, Barry**, président, Nova Scotia Lighthouse Preservation Society  
Projet de loi S-7, 19:31
- Mackay, Shauneen**, New Tecumseth Environment Watch  
Projet de loi C-8, 7:10-3,16,20-3
- MacLeod, Peter**, CropLife Canada  
Projet de loi C-8, 3:56
- Madore, Odette**, attachée de recherche auprès du Comité  
Santé, système, 13:33
- Marsh, David**, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, University of Toronto  
Santé, système, 16:44-50,61-4,68-9,72-6
- Marsland, Andrew**, sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés, ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, 20:45-6,49-51,64
- Massad, Pam**, directrice déléguée, Division de l'enfance et de



- Maziade, Michel**, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Université Laval  
Health care system, **14**:6-7,13-8,21-2,28-32,36
- McIlwraith, Robert**, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Programme, University of Manitoba  
Health care system, **16**:53-7,62,65-8,71-4
- Millar, John S.**, Vice-President, Research and Analysis, Canadian Institute for Health Information  
Health care system, **11**:43-5,62-4,67-8,71-3
- Mills, Christina**, President, Canadian Public Health Association  
Public health system, infrastructure and governance, **22**:11-3,17-23,31-4,37
- Mottron, Laurent**, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Université de Montréal  
Health care system, **14**:11-2,18-21,26-8,33,36-8
- Mowat, David**, Director General, Centre for Surveillance Coordination, Health Department  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:14-6,25-8,42
- Murray** (Personal presentation)  
Health care system, **9**:14-8,24-5,28-30,35-8
- Naylor, David**, Dean, Faculty of Medicine, University of Toronto  
Public health system, infrastructure and governance, **23**:16-53
- O'Bright, Gary**, Director of Operations, Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:35
- Peacock, Susan**, Senior Vice-President, Canadian Motion Picture Distributors  
Bill C-11, **8**:16-9
- Phillips, Rod**, President and Chief Executive Officer, Warren Shepell Consultants, Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health  
Health care system, **18**:6-10,19,24-7,31-5
- Piat, Myra**, Researcher, Douglas Hospital  
Health care system, **14**:112-4
- Piccinin, Cathy**, Clerk of the Committee  
Organization meeting, **1**:13
- Plummer, Frank**, Scientific Director, National Microbiology Laboratory, Health Department  
Public health system, infrastructure and governance, **26**:23-8,32-48
- Poy, Vivienne**, Senate of Canada  
Bill S-3, **25**:7-15
- Pullen, Carolyn**, Consultant, Canadian Institute for Health Information  
Health care system, **11**:41-3,70
- Quirion, Rémi**, Scientific Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Canadian Institutes of Health Research  
Health care system, **14**:7-16,19-20,23-5,29-31,34-5
- Radwanski, George**, Privacy Commissioner, Office of the Privacy Commissioner of Canada  
Bill S-13, **12**:5-25
- Redler, Erica**, General Counsel and Senior Vice-President, Policy and Legal Affairs, Canadian Association of Broadcasters  
Bill C-11, **8**:14-8
- Renaud, Johanne**, Child and Adolescent Psychiatrist, Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research, Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine  
Health care system, **13**:13-27,33,36-8
- l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, ministère de la Santé  
Santé, système, **13**:5-9,17,20-3,27-8,34,38
- Massé, Richard**, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **21**:6-16
- Maziade, Michel**, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université Laval  
Santé, système, **14**:6-7,13-8,21-2,28-32,36
- McIlwraith, Robert**, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique, University of Manitoba  
Santé, système, **16**:53-7,62,65-8,71-4
- Millar, John S.**, vice-président, Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé  
Santé, système, **11**:43-5,62-4,67-8,71-3
- Mills, Christina**, présidente, Association canadienne de santé publique  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **22**:11-3,17-23,31-4,37
- Mottron, Laurent**, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Santé, système, **14**:11-2,18-21,26-8,33,36-8
- Mowat, David**, directeur général, Centre de coordination de la surveillance, ministère de la Santé  
Santé publique, système, **20**:14-6,25-8,42
- Murray** (présentation personnelle)  
Santé, système, **9**:14-8,24-5,28-30,35-8
- Naylor, David**, doyen, Faculté de médecine, University of Toronto  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **23**:16-53
- O'Bright, Gary**, directeur général des opérations, Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:35
- Peacock, Susan**, vice-présidente principale, Association canadienne des distributeurs de films  
Projet de loi C-11, **8**:16-9
- Phillips, Rod**, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell, Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health  
Santé, système, **18**:6-10,19,24-7,31-5
- Piat, Myra**, chercheuse, Hôpital Douglas  
Santé, système, **14**:112-4
- Piccinin, Cathy**, greffière du Comité  
Réunion d'organisation, **1**:13
- Plummer, Frank**, directeur des programmes scientifiques, Laboratoire national de microbiologie, ministère de la Santé  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **26**:23-8,32-48
- Poy, Vivienne**, Sénat du Canada  
Projet de loi S-3, **25**:7-15
- Pullen, Carolyn**, expert-conseil, Institut canadien d'information sur la santé  
Santé, système, **11**:41-3,70
- Quirion, Rémi**, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada  
Santé, système, **14**:7-16,19-20,23-5,29-31,34-5

- Roch, Joan**, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat, Canadian Institute for Health Information  
Health care system, **11**:63-4
- Rochette, Claude**, Project Director, Canadian Forces, Pension Modernization Project, National Defence Department  
Bill C-37, **26**:13
- Ronald** (Personal presentation)  
Health care system, **9**:20-3,26-30,36-9
- Roy, Renée**, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Université de Montréal  
Health care system, **14**:79-82,91,94-5,102,106
- Rudin, Steve**, Executive Director, Alzheimer Society of Canada  
Health care system, **17**:10-2,19-22,25-6,31-2,37-8
- Sachs, Diane**, President-Elect, Canadian Paediatric Society  
Health care system, **13**:49-61,64,68-73
- St. John, Ron**, Director General, Centre for Emergency Preparedness and Response, Health Department  
Public health system, infrastructure and governance, **20**:16,25,36
- Savoie, Jean-Yves**, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health, Canadian Institutes of Health Research  
Health care system, **18**:4-6,16-7,20-1,24,27-33,36-7
- Scheffer, Rena**, Director, Public Education and Information Services, Centre for Addiction and Mental Health  
Health care system, **16**:19-24,31-2,37,40,43
- Schwartz, Sandra**, Director, Toxic Substances Program, Pollution Probe  
Bill C-8, **7**:27-35
- Sears, Meg**, Health Dangers of the Urban Use of Pesticides  
Bill C-8, **7**:7-10,16-8,21-3
- Sharp, Jeanne d'Arc**, Member, Famous 5 Foundation  
Bill S-3, **25**:17-8
- Sheridan, Mike**, Assistant Chief Statistician, Social, Institutions and Labour Statistics Field, Statistics Canada  
Bill S-13, **10**:22
- Shoush, Bronwyn**, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health, Canadian Institutes of Health Research  
Health care system, **16**:10-2,24-8,33-4,39-43
- Spurgeon, Paul**, Vice-President, Society of Composers, Authors and Music Publishers of Canada  
Bill C-11, **8**:27-30
- Stapleton, Basil**, Legal Counsel, Justice Department  
Bill C-8, **3**:43
- Steiger, Howard**, Professor, Psychiatry Department; Director, Eating Disorders Program, Douglas Hospital, McGill University  
Health care system, **13**:43-6,60-1,64-74
- Stephens, Thomas** (Personal presentation)  
Health care system, **11**:50-3,65
- Stockfish, Bruce**, Director General, Copyright Policy, Canadian Heritage Department  
Bill C-11, **8**:10-4
- Stohn, Stephen**, Chair, Copyright and International Policy Committee, Canadian Film and Television Production Association  
Bill C-11, **8**:14-6
- Storey, Patrick**, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health, Province of British Columbia  
Health care system, **15**:4-9,19-23,26-8,31-2,35-6
- Radwanski, George**, commissaire à la protection de la vie privée, Commissariat à la protection de la vie privée du Canada  
Projet de loi S-13, **12**:5-25
- Redler, Erica**, avocate générale et vice-présidente principale, Politiques et affaires juridiques, Association canadienne des radiodiffuseurs  
Projet de loi C-11, **8**:14-8
- Renaud, Johanne**, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé du Canada, Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine  
Santé, système, **13**:13-27,33,36-8
- Roch, Joan**, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Institut canadien d'information sur la santé  
Santé, système, **11**:63-4
- Rochette, Claude**, directeur de projet, Modernisation de la pension de retraite des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale  
Projet de loi C-37, **26**:13
- Ronald** (présentation personnelle)  
Santé, système, **9**:20-3,26-30,36-9
- Roy, Renée**, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Santé, système, **14**:79-82,91,94-5,102,106
- Rudin, Steve**, directeur exécutif, Société Alzheimer du Canada  
Santé, système, **17**:10-2,19-22,25-6,31-2,37-8
- Sachs, Diane**, présidente élue, Société canadienne de pédiatrie  
Santé, système, **13**:49-61,64,68-73
- St. John, Ron**, directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence, ministère de la Santé  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **20**:16,25,36
- Savoie, Jean-Yves**, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada  
Santé, système, **18**:4-6,16-7,20-1,24,27-33,36-7
- Scheffer, Rena**, directrice, Service d'information et d'éducation du public, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Santé, système, **16**:19-24,31-2,37,40,43
- Schwartz, Sandra**, directrice, Programme des substances toxiques, Pollution Probe  
Projet de loi C-8, **7**:27-35
- Sears, Meg**, Health Dangers of the Urban Use of Pesticides  
Projet de loi C-8, **7**:7-10,16-8,21-3
- Sharp, Jeanne d'Arc**, membre, Fondation Famous 5  
Projet de loi S-3, **25**:17-8
- Sheridan, Mike**, statisticien en chef adjoint, Secteur de la statistique sociale, des institutions et du travail, Statistique Canada  
Projet de loi S-13, **10**:22
- Shoush, Bronwyn**, commissaire, Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada  
Santé, système, **16**:10-2,24-8,33-4,39-43
- Spurgeon, Paul**, vice-président, Société canadienne des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique  
Projet de loi C-11, **8**:27-30
- Stapleton, Basil**, conseiller juridique, ministère de la Justice  
Projet de loi C-8, **3**:43
- Steiger, Howard**, professeur, Département de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas, McGill University  
Santé, système, **13**:43-6,60-1,64-74



- Stuart, Heather**, Associate Professor, Community Health and Epidemiology, Queen's University  
Health care system, **15**:9-12,21-30,33-7
- Synyshyn, Margaret**, President, Registered Psychiatric Nurses of Canada  
Health care system, **16**:57-63,66-7,70-1,75
- Tanguay, Guy**, Executive Director, Canadian Association for Health, Physical Education, Recreation and Dance, Coalition for Active Living  
Bill C-12, **4**:34-5
- Tousignant, Michel**, Professor, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal  
Health care system, **14**:41-4,48-9,58-9,64-5
- Tremblay, Johane**, General Counsel, Director, Legal Services, Office of the Commissioner of Official Languages  
Bill C-12, **4**:14-7
- Tremblay, Richard**, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development, Université de Montréal  
Health care system, **14**:38-9,53-61
- Turnbull, Jeffrey**, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Ottawa  
Health care system, **17**:50-5,58-9
- Waddell, Charlotte**, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of British Columbia  
Health care system, **13**:38-43,55-7,63-4,71-3
- Watts, Gordon**, Co-Chair, Canada Census Committee  
Bill S-13, **10**:24-6,30-32
- Wilkins, Jean**, Professor and Paediatrician, Department of Paediatrics, Faculty of Medicine, Université de Montréal  
Health care system, **14**:82-5,100-4
- Wilson, Elinor**, Co-Chair, Canadian Coalition for Public Health in the 21<sup>st</sup> Century  
Public health system, infrastructure and governance, **22**:40-55,58-60
- Wilson, Ian E.**, National Archivist, National Archives of Canada  
Bill S-13, **10**:6-8,12-5,21
- Wright, Frances**, President, Famous 5 Foundation  
Bill S-3, **25**:15-7,22-3
- Yale, Janet**, President and CEO, Canadian Cable Television Association  
Bill C-11, **8**:25-7
- Zapp, Ron**, Provincial Executive Director, British Columbia Centre for Disease Control  
Public health system, infrastructure and governance, **21**:13,16-20,27-31,34-9
- Stephens, Thomas** (présentation personnelle)  
Santé, système, **11**:50-3,65
- Stockfish, Bruce**, directeur général, Politique du droit d'auteur, ministère du Patrimoine canadien  
Projet de loi C-11, **8**:10-4
- Stohn, Stephen**, président, Comité des droits d'auteur et de la politique internationale, Association canadienne de production de films et de télévision  
Projet de loi C-11, **8**:14-6
- Storey, Patrick**, président, Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale, province de la Colombie-Britannique  
Santé, système, **15**:4-9,19-23,26-8,31-2,35-6
- Stuart, Heather**, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie, Queen's University  
Santé, système, **15**:9-12,21-30,33-7
- Synyshyn, Margaret**, présidente, Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada  
Santé, système, **16**:57-63,66-7,70-1,75
- Tanguay, Guy**, directeur général, Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse, Coalition pour la vie active  
Projet de loi C-12, **4**:34-5
- Tousignant, Michel**, professeur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal  
Santé, système, **14**:41-4,48-9,58-9,64-5
- Tremblay, Johane**, avocate générale, directrice, Services juridiques, Commissariat aux langues officielles  
Projet de loi C-12, **4**:14-7
- Tremblay, Richard**, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Université de Montréal  
Santé, système, **14**:38-9,53-61
- Turnbull, Jeffrey**, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine, Université d'Ottawa  
Santé, système, **17**:50-5,58-9
- Waddell, Charlotte**, professeure adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, University of British Columbia  
Santé, système, **13**:38-43,55-7,63-4,71-3
- Watts, Gordon**, coprésident, Comité de recensement du Canada  
Projet de loi S-13, **10**:24-6,30-32
- Wilkins, Jean**, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Santé, système, **14**:82-5,100-4
- Wilson, Elinor**, coprésidente, Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **22**:40-55,58-60
- Wilson, Ian E.**, archiviste national, Archives nationales du Canada  
Projet de loi S-13, **10**:6-8,12-5,21
- Wright, Frances**, présidente, Fondation Famous 5  
Projet de loi S-3, **25**:15-7,22-3
- Yale, Janet**, présidente et chef de direction, Association canadienne de télévision par câble  
Projet de loi C-11, **8**:25-7
- Zapp, Ron**, directeur exécutif provincial, British Columbia Centre for Disease Control  
Santé publique, système, infrastructure et gouvernance, **21**:13,16-20,27-31,34-9





*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5



Available from:  
PWGSC – Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

Disponible auprès des:  
TPSGC – Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5











